This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

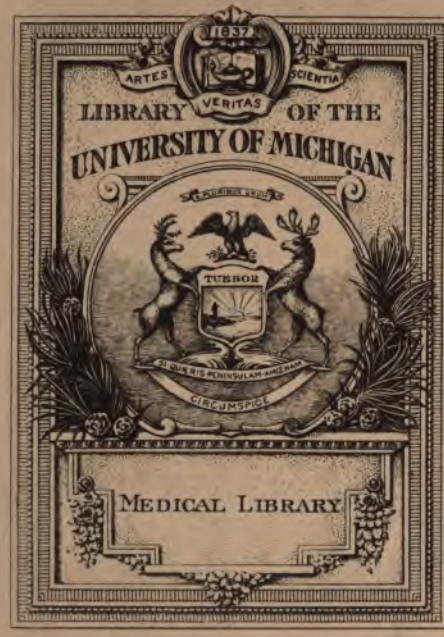
Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

610.5
P9754

A 413972

79616


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
MEDICAL LIBRARY

610.5
P975

PSYCHIATRISCHES

CENTRALBLATT

HERAUSGEGEBEN

VOM

VEREINE FÜR PSYCHIATRIE UND FORENSISCHE PSYCHOLOGIE

IN WIEN.

REDIGIRT

VON

M. LEIDESDORF.

III. JAHRGANG.

WIEN 1873.
WILHELM BRAUMÜLLER
K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.

Medical
Gottschalk
4-29-26
1:310

Autoren-Verzeichniss der besprochenen Werke.

Albutt 148, 165.
Aldridge 17.
Apostoli 30.
Arnold 110.
Basch 115.
Benedikt 33, 106.
Bergmann 96.
Betz 51, 105.
Blain 179.
Boll 59.
Bourneville 34, 49.
Braus 46.
Breuer 176.
Brown-Séquard 112.
Browne-Crichton 148.
Buchwald 94.
Burmann 163.
Cahon 36.
Chouppe 53.
Curschmann 157.
Dagonet 80, 89.
Darwin 25.
Dowall 67, 147.
Drouet 150.
Duret 47, 48.
Edes 82.
Emminghaus 134.
Erlenmeyer 95.
Eulenburg 143.
Ferrier 130.
Flechsig 180.
Fothergill 164.
Fournier 86.
Galton 162.
Golgi 176.
Goss 116.
Guttmann 143.
Hammond 135.
Hecker 67, 139.
Heubner 14.
Hitzig 12.
Höstermann 13.
Holthoff 78.
Hughlings Jakson 10.
Huguénin 174.
Huret 64.
Jolly, 68, 115, 166.
Key Axel 103.
Kotsonopulos 109.
Landouzy 52.
Latham 143.
Leidesdorf 16.
Lincoln 113.
Liveing 144.
Lowe 146.
Lubimoff 107, 175.
Magnan 95.
Mandelstamm 96.
Maschka 75.
Maudsley 37.
Menzel 128.
Meschede 65, 109.

Meyer L. 78, 129, 151.
Mierzejevsky 95.
Mosler 161.
Müller 92, 145.
Nothnagel 86.
Obermeier 93, 97, 160.
Obersteiner 113.
Parrigot 129.
Petrow 111.
Poirncarè 127.
Porta 155.
Retzius 103.
Riegel 94.
Robinson 160.
Rosenthal 137.
Roth 141, 159.
Sander 90, 91.
Schäffer 15.
Schasching 21, 40.
Schön 116.
Séguin 52.
Seitz 66.
Sieffert 85.
Simon 136.
Smith 141.
Sucherland 183.
Tamin Despalles 37.
Tempini 36.
Tigges 133.
Tilling 84.
Walker 63.
Westphal 88.

Vorträge und Original-Mittheilungen der Herren

Grabacher 43.
Höstermann 102, 154.
Lang 1.
Leidesdorf 57.
Meynert 19, 39, 56, 100.
Zippe 169.

Alphabetisches Verzeichniss

der

Original-Mittheilungen, Vorträge und besprochenen Arbeiten.

Aethylalkohol bei Geisteskranken 97.
Alkoholismus in seiner Beziehung zur Geisteskrankheit 80.
Amblyopie und Amaurose centrale 30.
Amylnitrit bei Melancholie 13.
-- gegen Epilepsie 148.
Anatomie des Nervensystems 103.
Aphasie — Abwesenheit bei Zerstörung der vorderen Lappen 96.
— traumatische 128.
Athetosis 134.
Augenspiegel — sein Gebrauch bei der allg. Paralyse 17.
Ausdruck der Gemüthsbewegungen 25.
Axencylinder — varicöse 160.
Beer Nekrolog 167.
Bogengänge des Labyrinthes 176.
Briefe über Geistesgestörte 116.
Bright'sche Krankheit mit Geistesstörung 115.
Bromkalium, zur Geschichte desselben 150.
Brücke, Tuberkel in derselben 179.
Centralkanal doppelter 52.
Chloralhydrat, dessen Wirkungen bei Geisteskranken 16.
Circuläre Geisteskrankheit 78.
Congestion des Gehirnes 113.
Contusion des Gehirnes 36.
Coprophagie der Irren 95.
Duodenalkatarrh bei Psychosen 78.
Echinococcus intracranieller 88.
Elektrizität, Reaction des Muskel- und Nervensystems gegen diese 133.

Embolie der Vertebralarterien 64.
Embryonale Entwicklung der Nervenzellen 175.
Ependym, Degeneration desselben 95.
Epilepsie nach Quetschung des N. ischiadicus 15.
— saturnine und Psychosen 57.
— Amylnitirit gegen dieselbe 148.
— ein Fall 102.
Epileptische Anfälle mit subjectiven Geruchsempfindungen 91.
Epilepticus-Status 113.
Erinnerungstäuschungen 90.
Ernährung des Gehirnes und der Nerven 37.
Ernährungsarterien des Gehirnes 47.
— des verläng. Markes 48.
Ernährungsgebiete der Hirnarterien 14.
Erregbarkeit elektrische bei Geistes- und Nervenkranken 146.
Erstickung durch Obturation beider Bronchi 129.
Experimental-Untersuchungen über Gehirnphysiologie und Pathologie 130.
Farbenunterscheidung bei Geisteskranken 147.
Fettsäuren im Harn von Pockenkranken 134.
Function des Gehirnes, Experimental-Untersuchungen über dieselbe 85.
Gehirnwägungen 99.
Gehörshallucinationen 68.
Geisterseherin 43.
Geistesstörung mit progressiver Muskelatrophie 67.
Gemüthsbewegungen, Ausdruck derselben 25.
Gheel 129.
Graue Substanz des Gehirnes 176.
Gutachten, Sammlung gerichtsärztlicher 74.
Harnruhr, neuropatholog. Entstehung derselben 161.
Hemiopie und Sehnervenkreuzung 96.
Herzkrankheiten und Geistesstörung 163.
Herzton bei der paralyt. Geisteskrankheit 164.
Heterotopie grauer Hirnsubstanz 65.
Hirnparese, deren Behandlung mit Phosphor 36.
Hirnsyphilis 46.
Histologie und Histogenese der nerv. Centralorgane 59.
Hydrocephalus acutus der Erwachsenen 66.
Hypertrophie, varicöse der Nervenfasern 159.
Idioten, Missstaltungen an deren Rumpf und Extremitäten 151.
— Gehirne 105.
Internationaler mediz. Congress zu Wien 117.

Irrenanstalten und Gheel 129.
Juliushospital, Bericht über dessen Irrenabtheilung 1870/73 166.
Kinderlähmung, spinale, anatom. Befund 141.
Kleinhirntumoren 82, 84, 85.
Kleinhirnschenkel, zur Pathologie derselben 157.
Klimakterium und Geisteskrankheit 183.
Kopfschmerz 143.
Lachen, das, in seiner physiol. und psychol. Bedeutung 67.
— — und das Komische 139.
Magenschwindel 115.
Magnesiumlicht zur Demonstr. anat. Präparate 38.
Mechanismus der Symptome der Gehirnkrankheiten 112.
Mechanik des Hirnbaues 56.
Melancholie 114.
— atonische 154.
— Amylnitrit gegen dieselbe 13.
Migraine 144.
Moral insanity 37.
Muskelatrophie mit Geistesstörung 67.
Neubildung von Gehirnsubstanz in Form von Geschwülsten 136.
Niederuhart, die oberösterr. Landesirrenanstalt 21, 40.
Northampton, 17. Jahresbericht 66.
Ohio, Jahresbericht pro 1872 des North Ohio Asylum 53.
Paralyse, Gebrauch des Augenspiegels in derselben 17.
— über Degeneration des Ependyms 95.
— Veränderungen des gewebl. Gehirnbaues 107.
— bei einer Varioloiskranken 116.
Pathologie allgemeine des Nervensystems 174.
Phosphor in der Hirnparese 36.
Physiologie des Gehirnes, weitere Untersuchungen 12.
— und Pathologie des Nervensystems 127.
— des Gehirnes, Experimentaluntersuchungen 130.
Plexus choroideus, dessen Nerven 106.
Pocken mit Verfolgungswahn 134.
Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektrizität 133.
Reflexe, Untersuchungen über dieselben 137.
Rückenmark, zur Lehre von der Degeneration dess. 93.
— Ein Fall von halbseitiger Verletzung 94.
— Beziehung zwischen secundären Degenerationen und Entwicklungsvorgängen in dems. 180.
Sandon vor dem Forum der patholog. Anatomie 181.
Sarcom des Schädels 110.

Saturnine Epilepsie und Psychosen 57.
Schwindel einfacher 148.
Sehhügelerkrankung 19.
Sehnervenkreuzung und Hemiopie 96.
Sinus falciformis, Varix verus desselben 149.
Skatophagie 1.
Status epilepticus 113.
Stupor 89.
Sympathisches Nervensystem bei Syphilis 111.
Sympathicus, dessen Pathologie und physiol. Grundlage 143.
Syphilis des Gehirnes 46, 92, 145.
— das sympath. Nervensystem bei ders. 111.
Syphilitische Neurosen, weniger bekannte 165.
Thermometrische Studien über Krankheiten des Nervensystems 34, 49.
Tumoren des Gehirnes 109.
Trommelfell in seinem Zustande bei Geisteskranken 162.
Untersuchungsmethode des Centralnervensystems 51.
Untersuchungen, gerichtsärztliche, über deren gegenwärtigen Modus 169.
Variolois mit Paralyse 116.
Varix verus des Sinus falciformis 109.
Verfolgungswahn im Pockenprocess 134.
Verstopfung der Hirnarterien 63.
Windungen des Gehirnes 99.
Zerstörung einer Grosshirnhemisphäre ohne functionelle Lähmung 155.

30. Jänner 1873. Nr. 1.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 4. Jänner 1873. Lang. Ueber Skatophagie. — Hughlings Jakson. Ein Fall von Zungenlähmung. — Hitzig. Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Gehirns. — Höstermann. Amylnitrit bei Melancholie. — Heubner. Zur Topographie der Ernährungsgebiete einzelner Hirnarterien. — Schäffer. Epilepsie nach Quetschung des Ischiadicus. — Leidesdorf. Wirkungen des Chloralhydrates bei Geisteskranken. — Aldrige. Der Gebrauch des Augenspiegels in der allgem. Paralyse.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 4. Jänner 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Der Vorsitzende Prof. Dr. Leidesdorf theilt ein Dankschreiben der Frau Nichte des verewigten Direktors Dr. Spurzheim für die Zusendung eines Exemplares des „Nachrufs“ mit.

Dr. August Lang setzt seine Mittheilungen über Skatophagie fort, welche wir im Nachstehenden bringen.

Ueber Skatophagie *).

Von Prof. Dr. Lang. (Fortsetzung und Schluss.)

Wenn ich Ihnen heute auf Grundlage der von mir in der letzten Versammlung mitgetheilten, wie auch der noch sonst von mir beobachteten ähnlichen Krankheitsfälle ein kurzes Facit ziehen soll, so erscheint es mir vor Allem nöthig zu erwägen, ob das

*) σκατοφαγέω Kothfresser bei Athenaeus III. pag. 95 f.
σκατοφαγός Kothfressend, Aristophanes Plut. 700 und Athenaeus VII. 321.

Kothessen eine solche Schädlichkeit ist, welche zunächst auf die leiblichen Lebensverrichtungen eine derartige Wirkung äussert, welche sich direkt oder indirekt auf die Nervencentra, ob nun Cerebellum, Mittelhirn, Gangliensystem, oder welchen Theil des Nervensystems immer, erstreckt, und geeignet ist solche Störungen hervorzurufen, welche sich als eine psychische Anomalie im Irredenken, Irrefühlen kundgeben; oder ob eine schon vorhandene psychische Störung durch diese Schädlichkeit in eine etwa andere Bahn geleitet wird, d. h. ob ihr eine solche formale Aenderung gegeben werden könne, wodurch dieselbe sich nunmehr als eine anders selbstständig gewordene kenntlich macht.

Fassen wir die Thatsache ins Auge, mit welcher wir uns wenigstens bisher zufrieden gestellt haben, dass nämlich eine normale Ernährung des Gehirns nur dann von Statten geht, wenn demselben in einer angemessenen Beschaffenheit sowohl als auch im richtigen Maasse Blut zugeführt wird, und dass sich das Gegentheil ergibt, wenn nachtheilige Beimischungen die brauchbaren Bestandtheile verändern; so können wir uns auch der Annahme nicht entschlagen, dass durch den so herbeigeführten mangelhaften Stoffumsatz alle Functionen alterirt sind, und dem organischen Leben allerlei Verderben bringende Beeinträchtigungen bereitet werden, was uns die organische Chemie uud Mikroskopie bethätiget, indem diese uns die vielerlei Abnormitäten der Blutmischung, den jeweiligen Mangel der qualitativen und quantitativen Erfordernisse des Blutes, in solchen Fällen nachgewiesen hat. Und sind auch noch nicht die Gesetze ihrer Wirkungsweise auf das organische Leben erschöpfend festgestellt, so ist es doch unbestreitbar, dass ihre Wirksamkeit besteht, weil die untrüglichen Beobachtungsresultate die Bestätigung darboten, dass nämlich bei allen jenen Kranken, deren Apparate, welchen die Pflicht obliegt die Nahrungssäfte zu bereiten, auf die in Rede stehende Weise verunglimpft werden, alle die verderblichen Folgen auftreten, welche nur durch ein arges Missverhältniss in der Blutmischung erzeugt werden können, als da sind: schwer zu bekämpfende Verdauungsstörung, steigende reizbare Stimmung, Schlaflosigkeit, anämischer, cachektischer Zustand, Abmagerung; höchst bemerkenswerth ist die Unregelmässigkeit der Darmverrichtungen, indem eine sogenannte Hartleibigkeit mit Diarrhöe im steten und oft sehr raschen Wechsel stattfindet, bis endlich Letztere ohne gekannte veranlassende Ursache anderer Art, plötzlich als colliquative einen vernichtenden Ausgang nehmen. Als ein gewöhnliches Zeichen der erfolgten gänzlichen Erlahmung des Darmkanales galt dauernde Appetitlosigkeit, Speisenverweigerung, Nachlass der Leibeskraft bis zur Ermattung, Entkräftung, der Eintritt einer allgemeinen schmuzzig graugelben Hautfarbe, als sicherer Beleg für eine gestörte Leberfunction. Die psychischen Symptome zeigten ein undeutliches Gepräge, Exaltations- und Depressions-Zustände traten vermischt auf.

und schliesslich hat sich der Charakter der psychischen Schwächezustände kund gegeben. Lag nun so die Ernährung im Ganzen darnieder, so waren auch schon die Abnormitäten in den anderen vitalen Funktionen deutlich erkennber. Die Blutcirculation, welche noch vor Kurzem durch einen vorhandenen vollen und lebhaften Puls eine ziemliche Triebkraft des Herzens bekundete, ward jetzt eine mühsame, der langsame Puls wurde immer kleiner und häufiger, die unvollkommene Inspiration zeigte eine Behinderung des Brustkreislaufes und die bedürftige Ausdehnung der Lungen musste durch häufiges Seufzen bewerkstelliget werden.

Ich habe somit guten Grund der Wirkungsweise dieser Schädlichkeiten die Priorität zuzugestehen, weil ich die nicht zu bezweifelnde Wahrnehmung machte, dass sich diese Wirkung auf die Centralorgane des Nervensystemes erst nachfolgend äusserte, nachdem die Lebensstörung in der Verdauung und Reproduction vorangegangen war.

Forsche ich nun nach der Quelle, aus welcher dieses Kranksein entspringt, so möchte ich sagen, dass ihm primär ein Ergriffensein der Nervenfaser zu Grunde liegt, ob nun dasselbe in einer übermässigen Anspannung oder Erschlaffung, oder im Ergriffensein der einzelnen Theile oder aller des centralen Nervensystemes bestehe, kann ich nicht wagen zu behaupten, und blicke diessfalls hoffnungsvoll dem Streben entgegen, wo es der Pathologie der Psychosen gelingen wird, diejenigen Nervenpartien aufzufinden, welche bestimmt den eigentlichen Ausgangspunkt solch krankhafter Erscheinungen bilden; aber dahin geht meine Anschauung, dass nämlich dieses primäre Ergriffensein, welches durch eine vermehrte Blutzufuhr hervorgerufen wird, schon bei noch ganz dunkeln Anfängen Sensationen erweckt, auf welche die Kranken beständig hauptsächlich ihre Vorstellungen richten, wodurch die bisherigen unbestimmten Sensationen zu einer Art Innenbildung und Wirklichkeit werden. Als Beleg dafür dürfte der von mir angeführte erstere in Genesung ausgegangene Krankheitsfall angesehen werden. Bei diesem Kranken hatte noch kein körperlicher Krankheitszustand solch abnorme Empfindungen ins Bewusstsein gepflanzt; er war noch im ungehinderten Gebrauche seiner geistigen Vermögen, als er zu einer Handlungsweise, sich frei selbstbestimmend, gegriffen hatte, wozu ihn hauptsächlich die missverstandene, ungünstige ärztliche Beurtheilung seiner Gesundheitsverhältnisse Veranlassung gab. Zu den widrigsten Empfindungen, Vorstellungen, die er hieran knüpfte, trat zuerst eine gedrückte Stimmung, die bald alle Gefühle beherrschte, schliesslich das finsterste Angstgefühl erzeugte, und seine ganze Gedankenthätigkeit auf die Erlangung seiner Gesundheit concentrirte. Indem derselbe also dem Genusse seiner Excremente oblag, folgte er lediglich dem Selbsterhaltungstriebe, der ihn drängte sich an ein heilbringendes Mittel zu klammern. Als jedoch die Besorgnisse, der Zweifel sich

steigerten, die Furcht hinsichtlich eines tödtlichen Ausganges qualvoll peinigend seine Seele ganz umfasste, gewannen die falschen Urtheile die Oberhand. Die abnormen Empfindungen wurden bleibend und der Uebergang zur psychischen Störung, welche sich bisher nur im Gefühlsleben kund gegeben hatte, nunmehr auf die geistige Thätigkeit ist wahrnehmbar geworden durch die unverkennbaren Vorläufer, als: durch die den Verstand zu falschen Urtheilen verleitende Präcordial-Angst, den Wechsel der deprimirenden und aufregenden Einflüsse auf Geist und Triebe, wodurch endlich die Willenskraft und das Begehrungsvermögen zu der unheilvollen Handlungsweise hingerissen und der Genuss der eigenen Fäces jetzt ein stetiger geworden ist. Dadurch ward nun der Verderben bringende körperliche Krankheitszustand mit proteusartig schleichenden Phasen, in der Provinz des Unterleibes geschaffen. Das zuerst hier zur Wahrnehmung gelangte psychische Krankheitsbild charakterisirt durch ehrsüchtige Wahnvorstellungen mit seltsamer Ueberhebung, erlitt nunmehr eine Veränderung, indem es seinen ursprünglichen Charakter verlor, und jetzt als mehr vom nachgefolgten leiblichen Krankheitszustande abhängig, ein gemischtes Gepräge erhielt, welchem der Kranke dadurch Ausdruck gab, indem er sich äusserte: „Ich muss von meinen Excrementen, die noch viel Kraftstoff enthalten, so viel als möglich zu verzehren suchen, damit ich die volle Kraft erlange, welche ich zur Durchführung meines grossen Berufes brauche“. — Mir kam es vor, als bestände hier zwischen Irredenken und Irrefühlen noch eine gleiche Wechselthätigkeit, wodurch es verhindert ward, dass weder das eine noch das andere die Oberhand gewinnen konnte, und desshalb mag auch ein Grund mit obgewaltet haben, dass die curative Thätigkeit, bei dem noch nicht auf dem Höhenpunkte sich befindenden Krankheitszustande, einerseits gegen die störenden Einflüsse auf das reproductive Leben, durch zwangsweise persönliche Beschränkung und entsprechend gewählte Heilmittel (Roborantia und stärkende Kost), andererseits durch psychische Einwirkung mit dringenden belehrenden Vorstellungen, für welche der Kranke bei eingetretenem Nachlassezustande ganz gut zugänglich und empfänglich war, so schönen Erfolg, den der dauernd erfolgten Genesung aufzuweisen hat. — So verhielt es sich auch bei den anderen Kranken; ein in den sensiblen Nerven wachgerufener Erregungszustand ward bleibend, es gestalteten sich die Gefühle extensiver und die Begehrungen energischer, so entstand eine allgemeine Unordnung im functionellen Leben, eine Störung in der Innervation, und die Abnormitäten waren geschaffen, wobei nur noch ein Gefühl für psychische Reize vorherrschend blieb, welches die Kranken antrieb bei einer überdiess obwaltenden falschen Auffassung der Verhältnisse, auf ganz perverse Weise eine beruhigende Befriedigung zu suchen. Die Bestätigung dieses Vorganges fanden wir in der Thatsache, als wir reichlich Gelegenheit hatten Kranke zu beobachten, die da mit Wollust

nicht nur von den eigenen Excrementen, sondern auch von den vorgefundenen oder aufgesuchten Anderer ziemliche Mengen verzehrten, aber auch andere für den Genuss sonst ganz ungeeignete Stoffe, hastig genossen haben, wie bei Fall Nr. 2.

Sollte aber Jemand fragen, wie es sich denn mit einer psychischen Alienation verhielt, die da dem nunmehrigen deuteropathischen Zustande der somatischen Sphäre schon längere Zeit voranging, so muss ich betonen, dass diese, mochte sie in welcher Form immer vorhanden gewesen sein, schon mit Beginn dieses secundären Krankheitsprocesses in den Hintergrund gedrängt war, und dieses ihr nun abgeschwächtes Vorhandensein ganz selten nur noch damit bekundete, dass sie einige von ihren herrschenden Wahnvorstellungen ans Licht treten liess, aber bereits mit dem Verluste ihrer ursprünglichen lebendigen Färbung; denn den Klang, der sich in jenen noch kenntlich machte, sehen wir nur noch als Wink an, dass selbst in der Vorstellungsweise Abweichungen stattgefunden haben, dass sich die Unordnungen der Intelligenz schon ausschliesslich auf das Gefühls- und Sinnesleben concentrirt haben, was in den vorhandenen perversen Geschmacks- und Geruchs-Richtungen der Kranken, welche mit unwiderstehlichem Wohlgeschmacke, mit Gier und Hast nach excrementiellen Stoffen greifen, wozu sie noch weit mehr der hervorstechende Geruch antreibt, seine volle Bestätigung finden lässt. Wir haben es aber desshalb bei der Skatophagie nicht etwa mit einer zeitweiligen Hallucination oder Illusion zu thun, die dem Geschmacke und dem Geruche die Richtung vorschreibt, sondern mit einer vollständigen Parästhesie, d. h. mit einer solchen krankhaften Gefühlsbeschaffenheit im Allgemeinen, welche die Skatophagie als Deuteropathie erzeugte, und zwar seitdem diese sich mit ihren Schädlichkeiten in jene Apparate einzunisten begonnen hat, welche als die einflussreichsten für die Blutbereitung gelten, in welchen nämlich eine abnorme Zusammensetzung des Nahrungssaftes unterhalten wird, welcher dem Blute Bestandtheile zuführt, die zur naturgemässen Ernährung ungeeignet sind, somit auch der Vegetation der centralen Nervenfaser feindlich werden, dieselbe unaufhörlich reizen, bis endlich Anomalien in den Verrichtungen des Nervensystemes hervorgerufen erscheinen, wie wir solche bei Geistesstörungen wahrzunehmen Gelegenheit finden. Da aber hier die erzeugte wesentliche Verletzung der psychischen Verrichtungen aus dem körperlichen Krankheitszustande entspringt, so tragen die krankhaften psychischen Erscheinungen auch keinen bestimmten Charakter zur Schau, sondern sind nur mehr ein Syptomencomplex, abhängig von dieser Deuteropathie, somit weder an eine bestimmte Form noch Verlauf gebunden. Hiemit will ich aber keineswegs den Anstoss gegeben haben zu einer etwaigen Annahme, dass die hier vorkommenden Psychosen den symptomatischen anzureihen seien, und wollte man mit solcher

Annahme auf diese Antecedentien stützen, so erwüchse ja nur ein Recht allen Psychosen diese Bezeichnung zukommen zu lassen.

Wenn ich ein weiteres Eingehen auf Einzelnheiten vermeide, so geschieht es, weil ich verhüten wollte auf das Feld der Hypothesen zu gerathen. Ich muss nur noch beifügen, dass ich die Skatophagie zu den verderblichsten Krankheitszuständen unter den Folgekrankheiten zähle, weil ihre höchst schädliche Einwirkung durch die Herbeischaffung gewisser Agentien, die dem Blute beigemengt werden, unverkennbar ist, welche durch ihren fortdauernden feindlichen Einfluss die wesentliche Bedingung für das normale Nervenleben beeinträchtigen, die Verrichtungen des organischen Lebens unablässig bis zum unvermeidlichen Untergang stören. Ich sagte, dass durch gewisse Agentien eine dem Blute nachtheilige Beimischung bereitet wird, weil ich es nicht wagen will auf bestimmte hinzuweisen, und theile mit anderen Beobachtern die Ansicht, dass durch die Resorption aus den excrementiellen Stoffen chemische Agentien dem Blute zugeführt werden in ganz gleicher Weise, wie diess bei einer Nahrungsart vor sich geht, welcher der Assimilation kein richtiges Verhältniss von animalischen und vegetabilischen Elementen darbietet. Hier, wo die Verrichtungen fast sämmtlicher Unterleibsorgane gestört sind, finden sich jedenfalls viele Stoffe vor, welche das qualitative Verhältniss des Blutes beeinflussen, und die sonst bei normaler Beschaffenheit der Organe ausgeschieden werden. Ich habe schon oben von der gestörten Verrichtung der Leber erwähnt, und diese spielt hier eine grosse Rolle, indem sie das aus dem Respirations-Processe hervorgehende Blut mit Stoffen belastet, welche diese nach den Gesetzen ihrer normalen Function sonst ausscheidet, wie das mit dem etwa zurückbleibenden Cholesterin *) der Fall sein kann. In gleicher Weise wird die gestörte Verrichtung der Nieren nur einen geringeren Theil an Ammoniak-Phosphaten und harnsauren Salzen ausscheiden und die der Bauchspeicheldrüse nicht ein Digestionsferment mit dem richtigen Verhältnisse von Säuren und Alkalien liefern. Schon im klassischen Alterthume haben die Aerzte die Erzeugung des Wahnsinnes dem Einflusse der schwarzen und gelben Galle zugeschrieben; ebenso haben die Aerzte aller Zeiten die Geisteszerrüttungen mit einem qualitativ veränderten Blute in eine engere Beziehung gestellt. So schreibt Ideler (Verbrechen und Wahnsinn) dem sich aus den stagnirenden excrementiellen Stoffen entwickelten und in das Blut übertretenden Schwefelwasserstoffgase eine Wirkung auf die Stimmung der melancholischen Kranken zu. Vogel (Störungen der Blutmischung in Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie) spricht die Vermuthung aus, dass das hydrothionsaure Ammoniak zum Zerfallen der Blutkörperchen Veranlassung geben kann, wenn dessen Ueber-

*) Preiss. Physiologie des Pfortadersystems.

tragung in das Blut unter gewissen Umständen stattfindet. Der Milch- und Essigsäure, ja selbst dem Wasser ist eine die Blutkörperchen lösende Wirkung nicht abzusprechen.

Nur noch hinsichtlich des Ausganges will ich eine kurze Erwähnung machen. Schon oben habe ich gesagt, dass sich im Verlaufe der Charakter der psychischen Schwächezustände kund gebe. Mit der Zunahme der aus mangelhafter Ernährung entstandenen Erschöpfung der Kranken, verminderte sich auch die noch bestehende psychische Thätigkeit, was der Gesammtausdruck der Unvollkommenheit, des Mangels, bestätigte; es traten bald Motilitäts-Störungen hinzu, wahrscheinlich aus dem Ueberhandnehmen des Zerfallens der Nervenfaser, und alsbald folgten die Erscheinungen einer fortschreitenden Lähmung: Zeichen, dass sich das eigenthümliche Leiden des centralen Nervensystemes heranbilde, welches wir mit dem Namen der Dementia paralytica bezeichnen, und in fast allen Fällen den langsam-tödtlichen Ausgang, wenn nicht früher die Lebenskraft auf plötzliche Weise gebrochen ward, wie diess bei Fall Nr. 2 durch eine Gehirnlähmung geschah, herbeiführte.

Ueber die Therapie ausführlicher zu sprechen erachte ich desshalb für unnöthig, weil sich die specielleren Indicationen ohnehin ergeben, wenn nämlich die Störungen im vitalen und reproductiven Leben gehörig im Auge behalten werden. Dass es zur dringendsten Aufgabe gehöre das Umsichgreifen der Lebensstörung zu verhüten, weiss Jeder von uns, wie auch, dass von der Beschränkung derselben auch die Bekämpfung der Psychose abhängig ist, weil ja letztere als ein Merkmal jener auftritt. Zunächst gehört hierher die Beseitigung jener Schädlichkeiten, welche eine nachtheilige Blutbereitung, Blutmischung verursachen, denn nur auf diese Weise kann die beeinträchtigte Ernährung des Gehirns wieder recreirt, und sodann das Gesammtnervenleben einer Kräftigung zugeführt werden. — Unter den pharmaceutischen Mitteln habe ich guten Grund dem Extract Quassiae, den China- und Eisenpräparaten viel Vertrauen zu schenken, obwohl die leibliche Diät stets das Meiste leistete, nur musste darauf Bedacht genommen werden, dass die Verdauung nicht mit schwer zu bewältigendem Nahrungsstoffe belastet wurde, so auch, wenn ob herrschender Wahnideen gewisse Nahrungsstoffe, wie Kalbfleisch (es hiess hiebei, das ist ja Menschenfleisch) den Kranken verhasst waren. Guter alter Wein in mässigen Gaben hat den Kranken ebenso wie ein abgelagertes Bier zugesagt. Die unterstützende psychische Behandlung war mehr eine negative als positive, grösstentheils eine mehr abwehrende als hinzuführende, eine blos symptomatische. Kühle Waschungen mit einem Gemische von Wasser und Weinessig haben die Kranken besser als kalte und warme Bäder vertragen. Dass die Wege der Therapie hier sehr dornenvoll sind, wird jeder Fachgenosse bestätigen, insbesondere wenn man bei

einem langwierigen Krankheitsverlaufe mit einer ermüdenden und verwirrenden Wandelbarkeit der Erscheinungen zu kämpfen hat.

Der Nekroskopie wurde auch alle Aufmerksamkeit zugewendet; einige von ihren Resultaten habe ich Ihnen bereits mitgetheilt, welche, sind sie auch nicht zureichend zur Lösung dieser Aufgabe, als kleiner Beitrag angenommen werden mögen, der da mitbethätigen helfe, dass der fragliche pathische Zustand des Körpers als ein fundamentaler zu der Seelenstörung betrachtet werde. Eine weitere Aufzählung der hier vorkommenden Abweichungen habe ich desshalb für überflüssig gehalten, weil die in neuerer Zeit zu grosser Entwickelung gelangte pathologische Anatomie ihre unübertroffenen Forschungsresultate jedem Arzte ohnehin zur Benützung überlässt; namentlich ist es die des Gehirns, welche uns mit aller Vollständigkeit selbst die feinsten pathologisch-anatomischen Befunde liefert, und uns kräftig und bestens unterstützend beim Nachdenken über die Entstehung krankhafter Vorgänge geleitet.

Indem ich eine scheinbar geringfügige Materie als Thema zu einem vortragenden Excurse wählte, war ich weit entfernt zu glauben, ich werde im Stande sein entscheidende Deutungen sowohl in pathologischer als physiologischer Beziehung zu bieten. Und da ich offen meine Ohnmacht gestehe, so sind Sie so freundlich im Dargebotenen nur eine Anregung für eine Discussion zu erblicken, und ergänzen Sie mit Ihren diessfälligen Beobachtungen gefälligst die meinigen.

An der über diese Beobachtungen eingeleiteten Discussion betheiligten sich die Herren Prof. Dr. Leidesdorf, Director Dr. Schlager, Primararzt Dr. Maresch, Dr. Obersteiner junior, L.-Ger.-Arzt Dr. Flechner und Reg.-Rath Prof. Beer.

Prof. Dr. Leidesdorf theilte einige Beobachtungen solcher Fälle mit ungünstigem Ausgang mit und bestätiget die in der Mehrzahl ungünstig zu stellende Prognose.

Dir. Dr. Lang betont den Unterschied, welchen der Bildungsgrad bei dem Vorkommen der Skatophagie bietet.

Dr. Maresch hebt zwei Gruppen von Geistesstörungen hervor, bei welchen Koprophagie vorkommt. 1. Die mit hypochondrischen und hysterischen Wahnideen verlaufenden. 2. Die mit psychischem Verfall in Blödsinn, meist nach chronischen maniakalischen Zuständen verbundenen.

In Bezug auf die erste Reihe führt er einen Fall an, in welchem die Wahnidee, mit den Excrementen gehe Nervenstoff und Nervenwasser ab, Veranlassung zu hartnäckiger spontaner, eigenwilliger Stuhl- und Harnverhaltung gab und zur Koprophagie führte. In diesem Falle hörte mit der Zeit dies unangenehme Symptom auf, die Kranke liess nach längerer Anwendung des constanten Stromes die Wahnidee fallen und genas.

Zu der zweiten Reihe liefern durch Onanie, sexuelle Excesse herabgekommene, an chronischen Aufregungszuständen leidende Individuen das grösste Contingent, wenn der Uebergang in psychische Schwächezustände eintritt. Bei Onanisten und durch geschlechtliche Excesse Erkrankten treten im Anfangsstadium der Psychose die sonst selteneren Geruchshallucinationen häufig auf.

In den Fällen von Koprophagie wäre es nothwendig zu constatiren, ob nicht Aufhebung der Empfindungsfähigkeit der Nasenschleimhaut für reizende flüchtige Stoffe und Gerüche bestehe, doch ist dies bei dem meist sehr hochgradigen Verfall der psychischen Auffassung und der Möglichkeit der Aeusserung über subjective Gefühle, die man bei solchen Kranken trifft, sehr schwierig und unzuverlässig.

Bei zahlreichen Prüfungsversuchen, welche über die Empfindungsfähigkeit des Geruchsorganes in der Anstalt gemacht wurden, wurde ein Fall beobachtet, in welchem eine Melancholische den Ammoniakreiz wahrnahm, Rosenöl und peruvianischen Balsam roch und definirte, aber vom Geruch einer ziemlich starken Moschuslösung nicht afficirt wurde und denselben nicht definiren konnte.

In Fällen von Koprophagie dürfte daher eine solche partielle Unempfindlichkeit für die Ausdünstungen der excrementiellen Stoffe den Ekel aufzuheben im Stande sein und so die Wiederaufnahme derselben durch den Mund und das Kothschmieren weniger anekelnd machen.

Die Discussion wendete sich dann den Beobachtungen über Geruchshallucinationen zu.

Dr. Lang erwähnte eines Falles, wo nach Gebrauch von concentrirter Aqua laurocerasorum die Hallucination dieses Geruches fortbestand und auf alle Nahrungsstoffe u. dgl. übertragen wurde, und betont auch das gleichzeitige Vorkommen von hallucinirtem Schwefelgeruch.

Direktor Prof. Dr. Schlager theilt einen Fall von exquisiten constanten Geruchshallucinationen mit, welchen er während seiner Verwendung im Lazaret beobachtete; in diesem Falle bestanden bei der Kranken, welche in der Rossau nahe am israelitischen Friedhofe gewohnt hatte, Geruchshallucinationen (Leichengeruch, Schwefeldunst) durch mehrere Jahre, die Section wies ein die Nervi olfactorii comprimirendes Neoplasma an der unteren Fläche der Stirnlappen nach, welches neben der Crista galli beiderseits sich ausbreitete.

Dr. Flechner theilt einige Fälle beobachteter Hallucinationen des Geruches aus seiner gerichtsärztlichen Praxis mit.

Dr. Obersteiner junior meint, dass diese Versuche zur Prüfung des Geruchsvermögens viel zu selten bei Hallucinanten angewendet werden; man könnte übrigens in diesen Fällen auch versuchen, die Empfindlichkeit für Gerüche durch Strychninschnupfen zu schärfen. Uebrigens müsse man sich bei der Beurtheilung der erhaltenen Resultate vor Täuschungen hüten, da auch bei normalen

Menschen die Empfindlichkeit für gewisse Riechstoffe sehr erhöht, für andere wieder sehr stumpf sei.

Sanitätsrath Dr. Gauster las hierauf die von ihm verfasste Eingabe an den Schriftstellerverein Concordia vor.

Reg. Prof. Beer stellt den vom Landesgerichtsarzt Herrn Dr. Flechner unterstützten Antrag, die Eingabe solle vom Vorsitzenden und dem Verfasser dem Präsidenten des Vereins Concordia überreicht werden, nach Uebergabe derselben solle sie im Vereinsorgan veröffentlicht und Separatabdrücke sämmtlichen Zeitungs-Redactionen zugesendet werden.

Diese Anträge wurden einstimmig angenommen.

Der Herr Vorsitzende Prof. Dr. Leidesdorf brachte die Frage des Fortbestandes des Vereinsorganes und der Bestimmung über die Redactionsführung zur Sprache.

Nach kurzer Debatte wurde der Antrag auf Fortbestand des Organes in der bisherigen Weise vom Primararzt Dr. Gauster gestellt und angenommen,

In Bezug auf die Redaction wurde der Antrag, nur Einen Redacteur, anstatt eines Redactionscomités, zu wählen, einstimmig zum Beschluss erhoben.

Bei der erfolgten Wahl wurde mit grosser Majorität Herr Prof. Dr. Leidesdorf zum Redacteur gewählt. (10 : 3)

Ueber Antrag des Herrn Sanitätsrathes Primararzt Dr. Gauster wurde für die bisherige Mühewaltung und die Bemühungen für den Fortbestand des Vereinsorganes dem Herrn Prof. Dr. Leidesdorf und Herrn Dr. Obersteiner junior der Dank des Vereines einstimmig ausgesprochen.

Dr. Maresch,
Schriftführer.

Ein Fall von Zungenlähmung nach einer Hämorrhagie in die Medulla oblongata.

Von Hughlings Jakson.

(The Lancet 30. Nov. 1872.)

Obwohl ein alter Fall verdient derselbe dennoch volles Interesse. — Im Jahre 1858 war der Kranke in Folge von Insolation von linksseitiger Hemiplegie und erschwerter Articulation befallen worden; die Erscheinungen besserten sich, nur eine geringe Schwäche des linken Armes blieb zurück. Im Jahre 1861 wurde der Kranke plötzlich für einige Stunden bewusstlos und als er wieder zu sich kam, hatte er das Vermögen zu sprechen vollkommen verloren; dasselbe kehrte auch bis zu seinem Ende nicht mehr zurück.

Als Dr. Hughlings Jakson den Kranken im Jahre 1864 zu Gesicht bekam, war derselbe im Allgemeinen schwach, besonders an der linken Seite, die Zunge war atrophisch und vollkommen gelähmt. Die Stimmbänder waren nicht gelähmt, doch vermochte der Kranke nur einige Vocale auszusprechen. Es handelte sich übrigens hiebei keineswegs um Aphasie, der Kranke konnte sich durch Zeichen vollkommen deutlich machen und schrieb auch ganz gut.

Ohne dass neue Symptome hinzugekommen wären, wurden die bestehenden schlechter; im September desselben Jahres stellte sich vollkommene Paralyse mit Contractur aller Beuger ein, so dass man genöthigt war ihm ein Stück Schwamm in jede Hand zu geben, damit er sich mit den Fingernägeln nicht die Flachhand beschädige.

Ende September starb er.

Die genaue Untersuchung des Gehirns wurde von Lokhart Clarke vorgenommen.

Es zeigte sich eine ausgebreitete Atheromatose der Gehirnarterien, in Folge deren, Erweichung der Vorder- und Scheitellappen des Grosshirns, sowie besonders des Kleinhirns. Im linken Streifenhügel fand sich eine dunkelbraune, erbsengrosse Stelle als Ueberbleibsel eines Extravasates. Ueber dem hinteren Theil des rechten Streifenhügels, sowie über der vorderen und äusseren Gegend des rechten Sehhügels fand sich eine chocoladebraune Masse, in deren Umgebung die genannten Ganglia erweicht waren. Einen Drittelzoll darunter befand sich eine lange schmale Cyste mit vielen Pigmentkörnchen erfüllt. Das linke Corpus dentatum cerebelli war fast vollständig geschrumpft und zum Theil durch eine runde, erbsengrosse, mit einer weissen milchigen Masse erfüllte Cyste ersetzt.

In der Medulla oblongata war ausser einigen ganz kleinen Resten apoplektischer Herde ein dunkelbrauner Fleck in den hinteren Windungen der linken Olive.

Das Epithel des vierten Ventrikels war hypertrophirt.

Die kleine Verletzung des linken Corpus striatum ist wahrscheinlich ohne permanente Symptome geblieben, hingegen kann die grössere Destruction rechterseits für die linksseitige Hemiplegie in Anspruch genommen werden.

Auf die Kleinhirndegeneration konnte kein Symptom zurückgeführt werden.

Die Apoplexie in das verlängerte Mark und zwar in die Oliven gibt den Grund zur Zungenlähmung; dass aber, obwohl die Läsion nur einseitig war, doch die Zunge gelähmt war, bleibt unverständlich.

Aehnliche Fälle können leicht zur Verwechslung mit der Paralysis glosso-labio-pharyngealis Anlass geben.

H. B. Obersteiner.

Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Gehirns.

Von Dr. E. Hitzig.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1872 42.)

In einer längeren Arbeit (Du Bois-Reichert's Archiv 1871 S. 716) hat der Verfasser gezeigt, dass beim Galvanisiren des Menschen durch den Hinterkopf Zwangsbewegungen der Körpermusculatur und der Augen eintreten. — Bei der Kettenschliessung fällt der Mensch nach der Seite der Anode und beide Augen werden unter nystagmusähnlichen Bewegungen nach der Seite der Kathode gedreht. Im Momente der Oeffnung stürzt die Versuchsperson nach der Seite der Kathode, während die Augenbewegung sich nun nach der Seite der Anode richtet. — Gleichzeitig bestehen Scheinbewegungen der Gesichtsobjecte nach der Seite der Augenstellung und ebenso Scheinbewegungen des eigenen Körpers nach derselben Seite. In der nämlichen Arbeit hatte Hitzig nachgewiesen, dass die Scheinbewegung der Gesichtsobjecte eine Folge der nicht intendirten Augenbewegung ist, während andererseits die wirkliche Bewegung des eigenen Körpers als unbewusst willkürliche zur Aufrechthaltung des Gleichgewichts gegen die Scheinbewegung des Körpers aufgefasst werden muss.

Die nächste Frage war nun die nach dem Orte dieser Reizerscheinungen.

Wenn man einem Kaninchen den kleinen Seitenlappen des Kleinhirns exstirpirt und in die Höhle Eis oder kaltes Wasser bringt, so treten Erscheinungen auf, als wenn man die Kathode auf die operirte Seite hätte einwirken lassen. Beide Augen stellen sich unter heftigem Nystagmus in die Winkel der verletzten Seite, während das Thier mit dem Kopfe und dem ganzen Körper wackelt und nach der gesunden Seite hinfällt.

Aus zahlreichen Untersuchungen kommt H. zu dem Schlusse, dass tiefergreifende einseitige Insulte des Kleinhirnes wie die Anode wirken, d. h. Zwangsbewegungen nach der operirten Seite hin veranlassen.

(Der früher angegebene Versuch mit Eis hatte den entgegengesetzten Erfolg, wahrscheinlich indem er als Reiz aufgefasst werden muss).

Die Zwangsbewegungen, welche in schnellen Rollbewegungen um die Längsaxe des Thieres bestehen, erklärt Hitzig auf folgende Weise.

Wenn man ein gesundes Kaninchen auf die Seite oder auf den Rücken legt, so schleudert es sich mit Macht in die Bauchlage zurück. Ein Kaninchen aber, dem das linke Kleinhirn verletzt wurde, schleudert sich aus jeder Lage in die linke Seitenlage; es ist näm-

lich ganz evident (!), dass in ihm der Eindruck vorherrscht es läge auf der rechten Seite, so dass die Zwangsbewegung nach links nichts ist als eine willkührliche Bewegung zur Aufrechthaltung des gestörten Gleichgewichtes; wird sie aber mit zu grosser Heftigkeit ausgeführt, so fällt das Thier nicht mehr auf die Seite, sondern auf den Rücken, und nun geht das Rollen an. — Aber auch diese Erklärung der Rollbewegungen ist so wenig befriedigend als die früheren, und nicht im Stande die wahre Ursache dieser sonderbaren Bewegungen aufzudecken.

Die vielen interessanten Details der Eingangs erwähnten Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Anwendung des Amylnitrit bei Melancholie.

Von Dr. Höstermann.

(Wiener medizin. Wochenschrift Nr. 46, 47, 48 — 1872.)

Das schon 1859 von Guthrie entdeckte und 1866 von Richardson in die Therapie eingeführte Amylnitrit wurde, seitdem Brunton in Ludwig's Laboratorium auf experimentellem Wege gefunden, dass es den Blutdruck herabsetzt, eine Erweiterung der Capillaren, besonders des Kopfes, und Beschleinigung der Herzthätigkeit hervorbringt, vielfach mit gutem Erfolge bei Angina pectoris, Epilepsie, Hemicranie u. A. angewendet.

Von Prof. Meynert angeregt, machte nun Verfasser eine Reihe von Versuchen an Melancholikern, welche noch dadurch an Interesse gewinnen, dass er die Wirkungen mit dem Sphygmographen controlirte. — Er lässt das Mittel inhaliren und zwar 2—4 mal täglich, 4—5 Tropfen durch 35—40 Secunden, bis die Zeichen von Hyperämie eintreten; nach Unterbrechung der Inhalation steigt noch die Erweiterung der Gefässe, was bei blutleeren oder leicht congestionirten Personen zur Vorsicht mahnt; in $^3/_4$ bis 1 Minute verschwinden die Symptome wieder; die psychischen Veränderungen entsprechen den durch die grössere Blutzufuhr gesetzten: das Auge glänzt, die Züge beleben sich, die Hemmung des Gedankenganges tritt zurück, es stellt sich ein grösseres Behagen ein. Diese durch Amylnitrit hervorgerufenen Erscheinungen parallelisirt H. mit denjenigen, welche das Fieber bei Melancholikern hervorruft und erweist diese Analogie auch durch später anzuführende Pulsbeobachtungen; wie nun das Fieber symptomatisch die Melancholie heilt, so thut dies auch Amylnitrit und Verfasser sieht in demselben ein eminentes Mittel zur symptomatischen Behandlung der Melancholie. Es folgt

nun eine Reihe von Versuchen, welche in eclatanter Weise die symptomatisch günstige Wirkung des Mittels demonstriren, gute Erfolge zeigen sich namentlich in Fällen einfacher Melancholie, weniger in Fällen mit Angstgefühlen. Im Anschluss an die klinischen Beobachtungen besprach H. noch eine Reihe von Pulsbildern, welche zeigen, wie das Amylnitrit den tarden Puls der Geisteskranken in einen Pulsus celer der Norm oder des Fiebers umwandelt. — Auf diese Thatsachen gestützt, reiht H. das Amylnitrit in die Reihe der zuverlässigen Medicamente ein.

Dr. Pick.

Zur Topographie der Ernährungsgebiete der einzelnen Hirnarterien.

Von Dr. Heubner.

(Berl. Centralbl. f. med. Wiss. 1872, Nr. 52.)

Verfasser machte an 30 Leichen 60 Injectionen. Er injicirte meistens nur kleinere isolirte Stücke der Hirnarterien und kam dadurch zu nachfolgenden Resultaten.

Man kann das Arterien-System des Grosshirns in einen „Basal-" und einen „Rindenbezirk" eintheilen.

Ersterer, bestehend aus Circ. art. Will. und den Hauptstämmen der Grosshirnarterien, versorgt die Stammganglien und die dazu gehörigen Theile des Mittelhirns durch kleine Zweige, die nicht mit einander anastomosirend nach kurzem Verlaufe sich in das Gehirn einsenken und dort in scharf abgegrenzten Gebieten als wahre Endarterien sich verästeln.

Der Rindenbezirk begreift die Zweige der Grosshirnarterien in sich. Diese bilden durch vielfache Communicationen (v. 0·15 Mm. Weite) ein Netz innerhalb der Pia, von welchem aus erst senkrecht abgehende Zweigchen die ganze Hirnrinde (ausser der Hakenwindung) und die dazu gehörigen Markmassen versorgen.

Im Basalbezirke versorgt die A. corp. call. (das Stück zwischen A. foss. Syl. und R. comm. ant.) den Kopf des Streifenhügels, die Vorderwand des Infundibulums und den vorderen Theil des Chiasma. Die A. foss. Syl. im 1. Ctm. den vorderen Schenkel der inneren Kapsel und das 1. und 2. Glied des Linsenkernes; im 2. Ctm. das 3. Glied des Linsenkernes, den mittleren Theil des Streifenhügels, die äussere Kapsel und vielleicht auch das Claustrum. Der Ram. comm. post. die Hinterwand des Trichters, den hinteren Theil des Chiasma, die Corp. mammil., das Tub. ant. des Sehhügels, den Schwanz des Streifenhügels und die Comm. moll. Die A. choroidea, die Hakenwindung und Umgebung des Unterhornes,

den hinteren Schenkel der inneren Kapsel und die äussere Hälfte des vorderen Theiles des Thal. opticus. Die A. cereb. prof. in den ersten 2 Ctm. die Hirnschenkel (Fuss und Haube), Vierhügel nebst Umgebung, Plex. chor. des Hinterhornes und des 3. Vent., die hintere Hälfte des Thal. opt. Pons und Medulla werden ebenso von den über sie hinlaufenden Stücken der A. verteb., spin. ant. und basil. versorgt.

Im Rindenbezirk gelingt eine gesonderte Injection der einzelnen Aeste nur, wenn man die Canüle weit in ihnen vorschiebt und die Injection schon unterbricht, wenn in den fremden Gebieten eben erst die Communicationen innerhalb der Pia gefüllt wurden. Die Resultate ergaben nichts wesentlich Neues.

Die Arterien des Kleinhirnes bilden in der Pia desselben reichlich anastomosirende Netze, von denen aus die kleinen Arterien in seine Rinde vordringen.

Verf. macht aufmerksam auf den Einfluss, den die gewonnenen Thatsachen auf die Lehren von Embolie, Thrombose und Apoplexie ausüben können und fordert auf, bei den Sectionen auf die Krankheiten der Arterien zu achten und den Sitz derselben nach Ctm. zu bestimmen. „Die Seltenheit von Erweichungen der Hirnrinde im Verhältnisse zu den fast regelmässigen Erkrankungen in den Hirnganglien bei Embolie ist jetzt leicht verständlich.“

Dr. J. Krueg.

Epilepsie nach Quetschung des N. ischiadicus.

Von Dr. Schäffer in Ansbach.

(Aerztliches Intelligenzbl. 1872, Nr. 45.)

Dieser Fall schliesst sich eng an den von Prof. Billroth beschriebenen (d. Z. 1872, S. 9) an.

Der Kranke wurde am 7. Oktober 1870 bei Orleans durch einen Kugelschuss am linken Oberschenkel verwundet. Alle Versuche die Kugel aufzufinden misslangen.

Am 6. Februar 1871 traten zum ersten Male Krämpfe auf (in dem oben erwähnten Fall erschien der erste vollständige Krampfanfall bereits nach 3 Monaten). Diese Anfälle nahmen an Intensität und Häufigkeit zu, so dass der Kranke alle 2—3 Tage von den Krämpfen heimgesucht wurde, die eine solche Stärke erreichten, dass er aus dem Bette geworfen wurde.

Anfangs des Jahres 1872 in die Pflege des Verf. gebracht, gab der Kranke eine schmerzhafte Stelle am unteren Theile des l. Oberschenkels an, als muthmasslicher Sitz der Kugel, von welcher aus die

Schmerzen beginnen, sich über die linke Körperhälfte, das Rückgrat entlang bis in den Hinterkopf ausbreiten, worauf dann Bewusstlosigkeit und Krämpfe eintraten.

Auf dringendes Bitten des Kranken entschloss sich Verfasser an der bezeichneten Stelle einzuschneiden und nach der Kugel zu suchen.

Zwischen Musc. semitend. und biceps eingehend, wurde der N. ischiadicus blos gelegt, und so weit als möglich das an dieser Stelle etwas derbere Bindegewebe getrennt.

Von der Kugel konnte nichts gefunden werden. Die Wunde wurde hierauf vereinigt und entsprechend behandelt.

Seit dieser Zeit sind die Krampfanfälle vollkommen ausgeblieben, gleich wie in dem Falle Billroth's, in welchem der Nervus ischiadicus auch einfach blosgelegt und dadurch gänzliche Heilung erzielt wurde.

H. B. Obersteiner.

Wirkungen des Chloralhydrates bei Geisteskranken.

Von Prof. Leidesdorf.

(Allg. W. med. Ztg. 1872, 51.)

Die Irrenärzte waren es zumeist, die die schädlichen Nebenwirkungen des Chloralhydrates zu beobachten Gelegenheit hatten.

Diese scheinen vorwiegend in vasomotorischen Paralysen zu bestehen, die an der Peripherie beginnen und sich gegen das Centrum des Gefässsystemes hin verbreiten.

Decubitus, Stauungshyperämien sind demnach Folgeerscheinungen des Chloralgebrauches.

In jüngster Zeit sind Fälle veröffentlicht worden, in denen nach relativ geringen Dosen des Mittels (3—6 Gramm) plötzlich Herzlähmung und Tod eintraten.

Verf. kommt durch seine zahlreichen Versuche zu dem Ergebniss: dass die Wirkung des Chloralhydrates bei Geisteskranken keine verlässliche sei. So erwies es sich in den primären Depressionsformen in kleinen Dosen mehr als aufregendes, denn als beruhigendes Mittel, in grösseren zu 3—4 Grammen bewirkte es in vielen Fällen 4—7 Stunden andauernden Schlaf, ohne jedoch auf irgend eine Erscheinung des psychischen Depressionszustandes eine ermässigende oder beseitigende Wirkung zu haben.

In nicht wenigen Fällen tritt nach dem Erwachen die Aufregung, Angst in noch höherem Grade auf, namentlich wenn es zur Lungenhyperämie und Dyspnoë gekommen ist.

Bei heftigen primären Manien zeigt sich das Chloralhydrat oft ganz wirkungslos; ebenso auch nicht selten bei Manien im Beginne oder Verlaufe der paralytischen Geisteskrankheit, da diese Kranken sehr zu peripheren Gefässlähmungen, zu Decubitus disponirt sind.

Es dürfen daher, so gross der Werth des Chloralhydrates auch immerhin ist, die Gefahren, die besonders dessen fortgesetzter Gebrauch nach sich zieht, nicht unterschätzt werden.

H. B. Obersteiner.

Der Gebrauch des Augenspiegels in der allgemeinen Paralyse.

Von Dr. Aldrige.

(Wert Riding Rep. vol. II. 1872.)

Einem Referate der neuen Zeitschrift „The medical Record" entnehmen wir folgende Angaben:

Das ophthalmoskopische Bild in der allgemeinen Paralyse ist sehr wechselnd bei verschiedenen Kranken, und bei demselben Individuum in den beiden Augen, selbst an den einzelnen Stellen eines Augenhintergrundes.

Im Allgemeinen lassen sich die Erscheinungen einer Neuritis descendens nachweisen.

Die Papille ist erst trüb, lichtroth (pink), dann tiefroth geschwollen; in einem dritten Stadium ist sie weiss, mit schwach erkennbarer Capillarfärbung, und endlich ganz weiss atrophisch.

In der Regel zeigt sich dieses Endstadium auf einer Seite und zwar vor allem an der Innenseite, während die andere Seite noch im endzündlichen Stadium befindlich ist.

In anderen Fällen ist der Verlauf verschieden.

Die Papille hat einen weissen Rand, das Centrum ist von einer perlweissen Excavation eingenommen und der übrige Theil ist von röthlichgrauer Farbe.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 8. Februar 1873 um 6 Uhr Abends.

---

1. Prof. Dr. Meynert: Mittheilung eines zweiten Falles von Sehhügelerkrankung mit Demonstration des Präparates.
2. Rechnungsbericht über den Kassastand.
3. Bestimmung des Jahresbeitrages pro 1872/73.
4. Bericht des Comités über gefährliche Irre.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

8. März 1873. Nr. 2.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 8. Februar 1873. — Schasching. Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. — Darwin. Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen. — Apostoli. Ueber cerebrale Amblyopien und Amaurosen. — Benedikt. Zur Casuistik der progressiven Lähmung der Gehirnnerven. — Bourneville. Klinische und thermometrische Studien über Krankheiten des Nervensystems. 1. — Tempini. Hirnparese und deren Behandlung mit Phosphor. — Cahon. Ueber die Contusion des Gehirns. — Tamin Despalles. Die Ernährung des Gehirnes und der Nerven. — Maudsley. Ueber Moral Insanity.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 8. Februar 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Herr Vice-Präsident Prof. Dr. Leidesdorf vertheilte die in Druck gelegte Eingabe an den Verein „Concordia“ unter die anwesenden Mitglieder.

Herr Prof. Dr. Meynert hielt seinen Vortrag über einen zweiten Fall von Sehhügelerkrankung und demonstrirte das bezügliche Präparat. Der Vortragende knüpft an ein im vorigen Sommer von ihm veröffentlichtes Krankheitsbild an, in welchem die pathognomische Stellung einer attonisch Melancholischen vollkommen die Stellungsveränderungen wiederholte, welche Schiff nach Durchschneidung des linken Sehhügels beobachtete. Der Vortragende hatte damals den klinischen und pathologisch-anatomischen Erweis angetreten, dass diese in Rechtsdrehung des Kopfes, Beugung des rechten Armes und Streckung des linken ausgesprochene krankhafte Bewegungsform keineswegs nach Schiff auf Lähmung der Antagonisten dieser Stellung zurückzuführen sei. Im Gegentheil bleibt die Willensbewegung intact, wird aber wegen Abschwächung des Muskelgefühls in den contrahirten Muskeln, gleichsam durch eine Wahnvorstellung über

ihren Contractionsgrad zu einer fast stehenden Zusammenziehung derselben hingeleitet.

Die Obduction der Kranken (der Hinweis auf Möglichkeit eines Tumors war bei ihrer Aeusserungslosigkeit nur mit grösster Rückhaltung gethan worden) ergab eine Form der durch den Terminus ignorantiae „Sclerose" gedeckten vielfachen mikroskopischen Bilder, und war dabei die Härte der Haube des Hirnschenkels und der benachbarten Sehhügel allerdings auffällig gewesen.

Der Gedankengang jener Diagnose wurde seither durch die Obduction eines über 4 Jahre alten Knaben vollständig gerechtfertigt. Die Erkrankung wurde den Eltern im Mai auffällig; sie begann mit Aeusserungen von Hinterhauptschmerz, später auch Stirnkopfschmerz und Schwindel, wozu sich intensive Ptosis mit Lähmung des Nerv. oculomotorius und trochlearis gesellte. Diese Lähmungen waren von leichter Parese der linken Extremitäten und Tremor in denselben begleitet.

Die Diagnose wurde auf Hirntuberkel gestellt, und zwar musste wegen Kreuzung der Augenmuskellähmung mit der Extremitätenlähmung, so wie wegen der auf eine Nervenwurzelaffection weisenden Intensität der Augenmuskellähmung zunächst auf Sitz im rechten Hirnschenkel diagnosticirt werden. Dass die Affection jedoch über den Hirnschenkelfuss, wo der Oculomotorius zu treffen ist, hinaus die Höhe der Haube hindurch bis zum grauen Boden reichen musste, erwies die Betheiligung des an der hinteren Fläche des Stammes austretenden Nerv. trochlearis.

Doch wurde diagnostisch zugleich erschlossen, dass der Tumor über die Haube des rechten Hirnschenkels hinaus noch in den Sehhügel reichen werde, weil der Knabe als Gegenstück zu der oben erörterten Kranken in langen aber nicht ununterbrochenen Zeiträumen, was abermals eine Lähmung ausschloss, den Kopf nach links gewendet, den linken Arm gebeugt, den rechten gestreckt zu halten pflegte.

Sobald er z. B. durch Aufmerksamkeit auf ein Spiel intendirt wurde, gab er diese auf eine Wahnvorstellung im Bereich des Muskelgefühles basirte Stellung auf.

Der Sectionsbefund vom 7. Juli bewahrheitete an dem vom Prof. Meynert demonstrirten Präparate die Richtigkeit der Diagnose nach jeder Richtung.

Die Stelle des Sectionsprotokolles, welche den in Rede stehenden Tumor betrifft, lautet: Die rechte Hälfte des Hirnstammes schliesst einen, den Verschiebungen der umgebenden Gehirntheile nach, über taubeneigrossen Tumor ein. Derselbe liegt an der Gehirnbasis der Oberfläche am nächsten über der Lamina perforata anterior, wo die bedeckende Schicht von Gehirnsubstanz nicht einen Millimeter dick ist; daneben schliesst er die rechte Oculomotoriuswurzel ein und wölbt den Fuss des Hirnschenkels

sowohl wie den ihn umschlingenden Tractus opticus als verbreiterte und dünnere Marklagen hervor, während er den linken Hirnschenkelfuss etwas nach aussen drängt. An der hinteren Fläche des Stammes überzieht ihn der mächtig verbreiterte rechte Zweihügel, er treibt die rechte Wand des 3. Ventrikels convex hervor, verbreitert den Sehhügel und drängt zugleich das Pulvinar nach aussen. Längsschnitte durch den Tumor zeigen, dass er durch die ganze Dicke der Haube nach hinten reicht und von der Oberfläche des Sehhügels nur ein paar Millimeter weit entfernt ist. Die Oberfläche des Tumors ist glatt, der Querschnitt gelbkäsig, im Innern zeigt er sich durch Erweichung rissig.

Herr Bezirksarzt Dr. Effenberger stellte die Frage, ob das Sehen nicht beeinträchtigt gewesen.

Herr Prof. Dr. Meynert erwiederte, dass in diesem Falle keine Sehstörung vorhanden war.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster trug den Rechnungsabschluss pro 1871—72 vor und theilte mit, dass der Verwaltungsrath beschlossen habe, dem Vereine als Jahresbeitrag der Mitglieder den Betrag von Fünf Gulden vorzuschlagen. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen.

Ebenso wurde der Antrag des Verwaltungsrathes auf Auflassung der Diplomsausfertigung und die Einführung von Aufnahmskarten für die Mitglieder einstimmig angenommen.

Dr. Maresch, Secretär.

Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz.

Von Dr. M. Schasching, k. k. Sanitätsrathe und dirigirendem Primararzt alldort etc. Linz 1873.

Langsam, sehr langsam geht es in Oesterreich mit dem Irrenanstaltswesen vorwärts, aber doch geht es vorwärts. Ein Land nach dem anderen aus dem Perlenkranze von Oesterreichs Kaiserkrone baut den unglücklichen Kranken neue, den Forderungen der Menschlichkeit und geläuterter Doctrin entsprechendere Asyle. Da sich Salzburg an Oberösterreich anschloss und mit diesem einen Vertrag einging, in Niedernhart eine Reihe von Kranken unterzubringen, da Schlesien eine provisorische Irrenabtheilung errichtete, mit der Tendenz, baldigst eine neue Anstalt zu erbauen, da die galizische Anstalt wenn auch langsamst ihrer Vollendung entgegengeht, die steirische neue Anstalt in Jahresfrist zu beziehen sein dürfte, so sind bloss

die südlichen Länder Cisleithaniens in dieser Hinsicht ausstehend und müssen sich mit ungenügenden, der Grösse und Einrichtung nach ungenügenden Abtheilungen bei den Krankenhäusern behelfen. Auch dort, wo schon viel verhandelt, viel geschrieben, aber nichts oder nur sehr Unvollkommenes erzielt wurde, wird es in nicht zu ferner Zeit zu Anstalten kommen müssen, die nicht bloss für Haft, sondern auch für zweckmässige, menschenwürdige Pflege und möglichste Heilung der unglücklichen Geisteskranken geeignet sind, welche es ermöglichen, dass auch die Familien und Gemeinden von einer Last befreit werden, die sie bisher zum Nachtheile der Kranken und zur eigenen Qual tragen mussten, und dass eine Reihe von Kranken durch rasche Unterbringung in ein zweckmässiges Asyl von ihren Leiden geheilt werden können, die durch den zu langen Aufenthalt daheim unheilbar werden und ihre Krankheit oftmals auf ihre Umgebung oder ihre Nachkommen übertragen.

Der eifrige und langjährige Hausarzt der Linzer Irrenanstalt, jetzt nach dem Tode Knörlein's ihr ärztlicher Vorstand, hat in dem vorliegenden Büchlein die neue oberösterreichische Anstalt, sowie die Entwicklung des Irrenwesens und der öffentlichen Irrenpflege in Oberösterreich geschildert.

Zuerst im 18. Jahrhunderte wurden einige wenige Geisteskranke im Pestlazarethe verpflegt; unter Kaiser Josef wurde das Prunnerstift zum Theile für Geisteskranke bestimmt. In den Dreissiger Jahren wurde es entsprechender adaptirt und 1837 ein eigener Primararzt angestellt. Die Anzahl der Pfleglinge stieg immer mehr; da die Irrenanstalt im Prunnerstift eingemiethet war, so waren auch die Adaptirungsarbeiten relativ kostspielig und Knörlein (seit 1837 Primararzt) arbeitete mit Wort und Schrift für eine neue Anstalt. Im J. 1853 miethete man noch ein Haus für die Anstalt und nach und nach stieg der Krankenstand auf 177, so dass andere Gebäude in Anspruch genommen werden mussten. Endlich 1863 beschloss der oberösterreichische Landtag den Neubau einer Anstalt, für den das Programm von den DDr. Knörlein, Schlager und Spurzheim berathen und für welchen Niedernhart, eine kleine Stunde ausser Linz gewählt wurde.

Für die neue Anstalt wurden als Grundprincipien Trennung der ärztlichen Leitung von der administrativen, Nichtbestellung eines ärztlichen Directors, da die Irrenanstalt unter der unmittelbaren Leitung des Landesausschusses steht, Nebeneinanderstellung von Arzt und Verwalter, trotz der gegentheiligen Ansicht der Sachverständigen, trotz den Forderungen der Wissenschaft, trotz den Erfahrungen der deutschen Musteranstalten festgesetzt.

Wir müssen dies als Cardinalfehler der Organisation bezeichnen und namentlich die unmittelbare Leitung durch den Landesausschuss als eine vollständig irrige und mangelhafte Auffassung der Aufgabe einer Irrenanstalt und der Mittel zu ihrer Lösung erkennen

Tritt uns in mannigfacher Hinsicht schon die Beobachtung entgegen, dass manche autonome Landesbehörden durch Mangel fachlichen Beirathes in ärztlichen und hygienischen Dingen, trotz bestem Wollen oft nur den buchhalterischen Standpunkt oder fachlich zu verwerfende Gesichtspunkte in ihrer Verwaltung in nicht wenigen Fällen zur Geltung bringen, so muss dies um so mehr hervortreten, wo statt einer sachverständigen Leitung und Führung einer Irrenanstalt ein Laien-Collegium und ein Laien-Referent die unmittelbare Leitung, also nicht bloss die Oberleitung führen, wobei zu bemerken, ein Collegium und ein Referent, die in relativ kurzen Perioden zu wechseln pflegen und wo ein Mann das Referat überkommen kann, der bei hervorragendem Wissen und ausgezeichneter Tüchtigkeit von Psychiatrie und Anstalts-Administration gar keine theoretische und praktische Kenntniss hat. Es sei nicht der Zunft-Anschauung gehuldigt, die sich in allen Wissens- und Berufszweigen eingebürgert findet, dass über die erwähnten Dinge in einer oder der andern Richtung nicht auch ein denkender und geistig begabter Nichtfachmann sich ein richtiges Urtheil bilden könne, ja sie manchmal unbefangener beurtheile als Fachleute; aber das Detail der Anstaltsleitung, das muss vom Fachwissen und praktischer Facherfahrung durchdrungen sein und der Arzt muss, wenn er wirklich in einer solchen Anstalt der geistige Mittelpunkt werden soll, von dem aus Alles in einheitlichem Sinne im Interesse der Pfleglinge durchgeführt wird, in den gewöhnlichen Anstaltsleistungen die Initiative und die leitende Stimme haben, sonst ist es eine Familie ohne Haupt, das durch eine Curatel doch in der Regel nur ungenügend vertreten werden kann.

Wir heben aus den im Buche enthaltenen Detail-Instructionen nur den §. 4 jener für den Primararzt heraus: „Da in Irrenanstalten nur von einem einheitlichen Zusammenwirken aller Kräfte Gedeihen zu erwarten ist, folgerichtig die ärztliche Leitung und ökonomische Verwaltung einträchtig den Heilzweck anzustreben haben, so obliegt es dem Primararzte mit dem Verwalter und dem Hausarzte im besten Einvernehmen zu handeln, in Collisionsfällen die Entscheidung dem Landesausschusse anheimzustellen, im Allgemeinen aber durch gegenseitige Achtung den Einfluss der Stellungen bei dem subalternen Personale aufrecht zu erhalten.“

Wenn nun Collisionsfälle vorkommen, die einer alsogleichen Entscheidung bedürfen? So werthvoll und nothwendig die Conferenzen in einer Anstalt sind, was wäre in so manchen Fällen, wo sich die Anschauungen nicht einigten, ihr Werth gegenüber dem laufenden Anstaltsdienste, wenn nicht eine Meinung da ist, welche instructionsmässig als oberste Stimme zuletzt den Ausschlag gibt und das Nöthige anordnet. Wenn mit allen solchen Dingen erst zu dem räumlich auch nicht unbedeutend entfernten Landesausschusse gegangen werden muss, welche Verschleppung der Geschäfte, welche Beeinträchtigung der Anstaltszwecke!

In der Instruction des Verwalters heisst es: §. 29. „Der Verwalter ist dem Primararzte coordinirt.“

Während man es für nothwendig hält, dem Primararzte und dem Hausarzte das gute Einvernehmen mit den Beamten ans Herz zu legen, dem Kanzellisten aber, dass er stets mit gebührender Achtung den Aerzten begegne, findet sich in der Instruction des Verwalters eigenthümlicher Weise kein entsprechender Passus; es ist ihm das Recht eingeräumt, in die Protokolle und Vormerkungen der Aerzte jederzeit Einsicht zu nehmen, die Verwaltung hat die nöthige Einleitung zur Einbringung oder Unschädlichmachung der entwichenen Irren zu treffen, was wir entschieden für eine ärztliche Angelegenheit halten, indem der Arzt über die Art des dabei zu befolgenden Vorganges wohl das massgebende Urtheil fällen muss. Aufnahme und Entlassung der Wärter steht dem Primararzte im Einverständnisse mit dem Verwalter zu. Freilich hat der Primararzt die unmittelbare Leitung der Anstalt in allen ärztlichen Geschäften, er vertritt die Anstalt persönlich nach aussen, so weit dies nicht durch den Landesausschuss selbst oder in rein ökonomischen Geschäften durch den Verwalter geschieht. Allein wo ist die Grenze zwischen den ärztlichen und ökonomischen Geschäften einer Irrenanstalt? Nach der Verwalter-Instruction hat derselbe auch die Standesbögen der Irren, den Standesrapport, die Empfangnahme aller an die Irrenanstalt gerichteten Einläufe zu besorgen, sowie deren Protokollirung, und nur wenn sie **rein** ärztlicher Natur sind, hat er sie dem Primararzte abzutreten. Die Briefe an Pfleglinge gelangen durch ihn — uneröffnet — an den Arzt u. s. f. — Dies Alles ist so angeordnet, damit der Primararzt „sich ganz seinen Obliegenheiten widmen könne und seine Thätigkeit ungeschmälert dem wichtigen Berufe wahre“ (§. 3 der Instr. f. d. Primararzt). Es ist allüberall dasselbe Motiv, welches vorgeschoben wird, sei es aus Mangel richtiger Einsicht, sei es aus Geschämigkeit, um die vollständige Verselbstständigung der Verwaltung und dadurch die ungehemmtere Herrschaft der Ziffer über die von den Aerzten vertretenen fachlichen Anstaltsbedürfnisse zu begründen. Die Erfahrung lehrt, dass die Zeit der Aerzte, ihre Mühewaltung dadurch nur noch mehr in Anspruch genommen wurde, als es in der Periode der absolutesten Directorialherrschaft der Fall war. Es wird die Zeit dies auch in Linz darthun.

Nicht einmal die einschränkende Betonung des Statutes der Wiener Irrenanstalt kommt im oberösterreichischen Statute zum Ausdrucke, dass der Verwalter — trotz Selbstständigkeit der Verwaltung — allen Anforderungen des ihm vorgesetzten Directors innerhalb des Präliminares nachkommen müsse. Man hat dort eben keinen Director bestellt.

Dr. Gauster.

(Schluss in der nächsten Nummer.)

Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen und den Thieren.

Von Charles Darwin.

(Uebers. v. Victor Carus. Stuttgart 1872. 8. VIII. und 384 S.)

Darwin hat sich durch vieljährige eigene Beobachtungen sowohl als durch viele andere, die für ihn in Spitälern und Irrenhäusern und bei den verschiedensten Menschenracen in allen Welttheilen angestellt wurden, über die Ausdrucksformen der Gemüthsbewegungen unterrichtet. Er fand als Erklärungsgrund derselben 3 Principien, die er in seinem Werke voranstellt und begründet.

1. Handlungen, die ursprünglich bestimmten Einflüssen gegenüber zweckmässig waren, wurden gewohnheitsgemäss denselben Einflüssen gegenüber, wurden es auch bei den ursprünglich durch diese Einflüsse bedingten Seelenzuständen; wurden vererbt und werden jetzt bei den betreffenden Seelenzuständen ausgeführt, ob sie dabei zweckmässig sind oder nicht. (Viele Reflexactionen.)

2. Princip des Gegensatzes. Bei entgegengesetzten Einflüssen werden auch häufig unbewusst entgegengesetzte Handlungen ausgeführt, es scheint das darauf zu beruhen, dass wir gewöhnt sind bei entgegengesetzten Absichten entgegengesetzte Muskel zur Thätigkeit zu bringen. — Pronation und Supination, Drehen nach rechts und links, Heben und Senken einer Last, Fortstossen und Herziehen, Fortweisen und Herwinken.

3. Das Princip der directen Wirkung des erregten Nervensystems auf den Körper, unabhängig vom Willen und zum Theile von der Gewohnheit. Hieher gehören Zittern der Muskeln, Schwitzen der Haut, Absonderungen der Drüsen etc. (Manche Reflexactionen.)

Im weiteren bespricht der Verf. die allgemeinen Mittel des Ausdruckes bei den Thieren, Lautäusserungen, Aufrichten von Hautanhängen, Sträuben von Haaren und Federn bei Zorn und Schreck, Zurückziehen der Ohren als Vorbereitung zum Kampfe und als Ausdruck des Zornes, Erheben der Ohren und des Kopfes als Zeichen der Aufmerksamkeit. Er beschreibt hierauf die Ausdrucksweisen bei einigen beobachteten Thieren, um schliesslich zum Menschen zu gelangen, dessen Ausdrucksformen er mit der Darstellung des Leidens zu beschreiben beginnt.

Weinen. Kinder stossen heftige Schreie aus, wenn sie irgend ein Bedürfniss haben. In Folge des langen Exspirationsdruckes dabei entsteht eine Congestion, unter der besonders auch die Augen zu leiden haben. Zu deren Schutze (Donders) wird der Orbicularis orbitae zusammengezogen und dadurch die ganze Physiognomie des Weinens verursacht. Die Oberlippe wird mit emporgehoben und da-

durch die Nasolabialfalte vertieft; der Corrugator supercilii zieht sich ebenfalls energisch mit dem Orbic., mit dem er verwachsen ist, zusammen, zieht die Augenbrauen nach innen unten und bildet senkrechte Falten auf der Stirne. Um den Mund zum Schreien weit öffnen zu können, wird der Depress. anguli oris angezogen. Gleichzeitig mit dem krampfhaften Zusammenziehen des Kreismuskels werden Thränen abgesondert, wie auf den Reiz eines Fremdkörpers (auch bei anderen Anlässen als dem Weinen). Nur von wenigen Thieren wird erzählt, dass sie Thränen vergiessen, die Kinder thun es auch nicht in den ersten Lebensmonaten.

Das Schluchzen entsteht durch die plötzliche Oeffnung der Glottis zu der kurzen krampfhaften Inspiration, die die langen Exspirationen (beim Schreien) unterbrechen; es kommt aber auch ohne Schreien als selbstständige Ausdrucksform vor. Bei einigen niederen Racen wird das Weinen auch von Erwachsenen und Männern viel häufiger und aus viel unbedeutenderen Gründen geübt als bei uns, ebenso (nach J. Crichton Brown) bei vielen Geisteskranken (Melancholikern sowohl als Maniacis und auch Blödsinnigen). Ausserdem haben Hemiplegie, Hirnschwund und Marasmus eine besondere Neigung Weinen zu veranlassen. Nach Marshall weinen auch blödsinnig Geborene, nach Piderit Cretins nicht.

Ausdruck des Kummers ist im Allgemeinen Erschlaffung aller Muskeln, contrahirt wird aber der Depressor anguli oris, der den Mundwinkel herabzieht, dann die mittleren Bündel des Frontalis (Gram-Muskel der Franzosen), die den mittleren Theil der Stirn in quere Falten legen und die inneren Enden der Augenbrauen in die Höhe ziehen, während der Corrugator supercillii longitudinale Stirnfalten macht. Aus der Wirkung dieser beiden Muskeln entsteht eine sehr charakteristische Falten-Figur auf der Mitte der Stirn wie ein Hufeisen oder vielmehr wie ein Viereck, dessen untere Seite fehlt. Der Gram-Muskel tritt in Thätigkeit, wenn man die unwillkürliche Contraction des Orb. orbitae verhindern will, z. B. um in grelles Licht zu sehen; dann auch, wenn man das Weinen unterdrücken will. Der Depressor anguli oris ist weniger vom Willen beeinflusst als seine Umgebung, kommt daher leichter unwillkürlich in Thätigkeit, während die übrigen Weinmuskeln noch in Ruhe bleiben. Es findet sich dieser Ausdruck häufig bei Hypochondristen und Melancholikern (Brown, Patrick Nicol.) durch längere Zeit ununterbrochen, während er bei Gesunden meist nur kurz vorübergehend gebraucht wird. Von vielen Menschenracen wird er gleicherweise wie von Europäern gebraucht.

Das Lachen besteht im Gegensatze zum Weinen aus langgezogenen Inspirationen mit unterbrochenen stossweisen krampfhaften Exspirationen. Bei vielen Thieren sind die Klagelaute gedehnt, während die Freudenlaute aus kurzen, häufig wiederholten Tönen bestehen. Es ist begreiflich, dass der Gesichtsausdruck beim Lachen

dem beim Weinen ähnlich ist, denn beide Male ist das Ausstossen von Lauten die Ursache desselben. Wie beim Weinen ziehen sich auch beim Lachen die Kreismuskeln des Auges zusammen, um dasselbe vor den Folgen der Congestion zu schützen, sie ziehen durch den mit ihnen verwachsenen Malaris den Mundwinkel in die Höhe, welcher gleichzeitig durch die Jochbeinmuskeln nach aussen oben gezogen wird. Darwin will nicht entscheiden, ob die Wirkung dieses letzteren nach dem Principe des Gegensatzes zu erklären ist (entgegen der Herabziehung des Mundwinkels beim Weinen). Thränen werden bei heftigem Lachen aus gleichem Grunde abgesondert wie beim Weinen auch bei anderen Menschenracen. Die blind und taub geborene Laura Bridgeman lachte. Lächeln ist der abgeschwächte Gesichtsausdruck des Lachens. Paralytiker zeigen meist schon von Beginn der Krankheit ab einen wohlwollenden Gesichtsausdruck abhängig von dauernder Contraction ihres Zygomaticus entsprechend ihrer gehobenen Stimmung.

Freude, Liebe, Anhänglichkeit wird durch ein leichtes Lächeln ausgedrückt, während das verwandte Gefühl der Andacht durch eine conventionelle Stellung gekennzeichnet ist. Hysterische und Geisteskranke schlagen oft vom Weinen ins Lachen über, bei Kindern kann man häufig denselben plötzlichen Wechsel hervorrufen; von Chinesen wird erzählt (Swinhoe), dass sie im tiefsten Kummer krampfhaft lachen — alles das lässt sich vielleicht aus der Aehnlichkeit der beiden Bewegungen erklären.

Wenn wir beim Nachdenken auf einen schwierigen Punkt stossen, runzeln wir die Stirne ähnlich wie es Kinder oft thun, wenn ihnen etwas unangenehm ist, bevor oder ohne dass sie deshalb zum Weinen kommen. Wenn man bei hellem Tageslicht einen fernen Gegenstand genau unterscheiden will, setzt man dieselben Muskeln in Thätigkeit, um das Auge vor dem fremden Lichte zu schützen. Unsere Vorfahren mussten das gewiss so oft und häufiger noch üben als jetzt lebende wilde Völkerstämme bei ihren Jagdzügen, dadurch verstärkte sich wahrscheinlich die von den Kindern geübte Gewohnheit; denn zwischen dem Stirnrunzeln bei aufmerksamem Prüfen eines fernen Gegenstandes und dem bei Verfolgung eines schwierigen Gedankenzuges besteht dieselbe Analogie wie zwischen dem Schliessen der Augen, wenn man einen Gegenstand nicht ansehen will und dem, wenn man einen Vorschlag verwirft.

Bei versunkenem Nachdenken runzelt man die Stirn nicht, aber die Augen erscheinen leer, weil die Sehachsen leicht divergent gehalten werden. Dabei wird häufig mit der Hand in irgend einer Weise zum Gesicht gefahren und zwar nicht nur bei Europäern.

Kinder der verschiedensten Racen (die der wilden häufiger) strecken die Lippen vor, wenn sie schmollen, eine Ausdrucksweise, die bei den antropoiden Affen für verschiedene Gemüthszustände sehr

gebräuchlich ist, von erwachsenen Menschen aber sehr selten angewendet wird.

Entschiedenheit wird durch festgeschlossenen Mund charakterisirt. Bei starker Anstrengung schliesst man den Mund, um die Exspiration zu hemmen und den Thorax dadurch festzustellen; dasselbe thut man, wenn man eine zarte Arbeit ausführt, die durch die Athembewegungen gestört werden könnte. Dadurch ist bei energischen Menschen die Gewohnheit entstanden, den Mund häufig zusammenzupressen und wurde vererbt und ausgeführt, so oft sich der Wille zu irgend einer besonderen Handlung entschlossen hatte, auch wenn deren Ausführung nur intendirt, nicht auch gleich vollbracht wurde.

Heftige Wuth erregt (durch directen Nervenreiz) schnellen Herzschlag und schnelle Respiration, dadurch congestionirtes Gesicht (auch bei dunkelfarbigen Racen wahrnehmbar) — manchmal aber wird das Gesicht bleich. Die Stirn wird gerunzelt oder sie bleibt glatt, die Augen sind vorgequollen, die Lippen werden entweder vorgestreckt oder sie werden zurückgezogen, um die Zähne zu entblössen. Ausserdem werden verschiedene unsinnige Geberden ausgeführt. Bei Geisteskranken, die ihren Leidenschaften keinen Zwang anthun, lässt sich diese Bewegung häufig studiren.

Zorn und Indignation sind nur Abschwächungen des Ausdruckes der äussersten Wuth, dabei sind die Hände oft kampfbereit geballt oder in die Seite gestemmt. Beissen aus Wuth kommt noch bei Kindern sehr häufig vor.

Hohn, herausfordernder Trotz wird von den Menschen der verschiedensten Racen durch die Entblössung des Eckzahns der Seite, die dem Gegner zugewendet ist, ausgedrückt, so wie bei Hunden, die sich zum Kämpfen anschicken. Bei Affen wurde bisher das einseitige Entblössen des Eckzahns nicht beobachtet.

Sardonisches (verächtliches) Lächeln ist eine Abschwächung dieses Ausdruckes, Spott und Geringschätzung werden entweder ebenso ausgedrückt oder gleich der Verachtung. Dabei schliesst man die Augen etwas, als ob man die verachtete Person nicht ansehen könnte, — hebt die Oberlippe und Nase etwas, kneift diese auch etwas zusammen, was in Verbindung mit einer leichten Exspiration auch angewendet wird, wenn man einen widrigen Geruch bemerkt.

Die Geberde des Abscheues ist gleich der Wahrnehmung eines üblen Geschmackes, wobei man den Bissen aus dem Munde fallen liesse.

Eifersucht, Neid, Geiz, Rache, Verdacht, List, Schlauheit, Schuld, Eitelkeit, Eingebildetsein, Ehrgeiz, Stolz, Demuth u. s. w. sind complicirte Seelenzustände, die kaum einen fix bestimmten Ausdruck haben, so dass sie wohl erkannt, aber kaum beschrieben werden können.

Unfähigkeit etwas Verlangtes zu leisten wird oft durch Zukken mit den Schultern ausgedrückt, auch bei fremden Racen.

Bei Kindern besteht die Bejahung und Verneinung in Annehmung der Nahrung und Wegwenden des Kopfes von derselben. Daraus mögen unsere Zeichen hervorgegangen sein, die auch von der blind und taub geborenen Laura Bridgeman gezeigt wurden, ebenso wie (nach Vogt) von mikrocephalen Idioten. Bei verschiedenen Völkern ist aber der Ausdruck für Bejahung und Verneinung sehr verschieden und lässt sich schwer auf dieselben Ursachen zurückführen.

Plötzlich erregte Aufmerksamkeit, Ueberraschung, Erstaunen und bestürztes Entsetzen gehen gradatim in einander über, ebenso ihre Ausdrücke. Die Stirne ist quer gefurcht, wahrscheinlich weil die Augen weit aufgerissen werden, um den afficirenden Gegenstand zu sehen. Der Mund ist geöffnet, um das Athemgeräusch möglichst unhörbar zu machen. Der Athem stockt, nachdem eine tiefe In- oder Exspiration vorausgegangen ist, je nach dem Zustande des Thorax im Augenblicke der Affection. Manchmal wird das Platysma zusammengezogen und damit der Risorius, der den Mund nach aussen unten zieht. Beim äussersten Entsetzen versagen die Schliessmuskeln ihren Dienst. Viele Thiere haben die Eigenschaft, in Furcht oder Zorn ihre Haare aufzurichten und manchen Menschen ist das geblieben, besonders bei Geisteskranken oft zu beobachten (Brown).

Erröthen aus Scham oder Verlegenheit ist eine durchaus menschliche Ausdrucksform, kommt aber bei allen Racen vor. Affen werden wohl in Leidenschaft auch im Gesichte roth, das ist aber nicht das hier gemeinte Erröthen. Dieses beruht auf der Erschlaffung der Hautcapillaren, die sich dann hinterdrein zusammenziehen, so dass auf das Erröthen gemeiniglich Blässe folgt. Manchmal vertritt tiefes Erblassen geradezu die Stelle des Erröthens. Meist erstreckt sich das Erröthen nur über den ganzen Kopf (bei Albinos sieht man die Retina dunkler werden) und den Hals, in Ausnahmsfällen auch weiter über den Körper. Ganz kleine Kinder erröthen nicht, alte Leute selten. Aufmerksamkeit auf sich selbst vermehrt die Neigung dazu, am häufigsten wird es verursacht im Verkehre zwischen jungen Leuten verschiedenen Geschlechts. Tadel oder übertriebenes Lob und weniger wirkliche Schuld als Furcht für schuldig gehalten zu werden, veranlassen es.

Obwohl die Menschen ursprünglich ganz nackt gingen, war doch das Gesicht am meisten Gegenstand ihrer Aufmerksamkeit, wie es ja auch allenthalben am meisten geschmückt wird. Gewiss haben besonders die verschiedenen Geschlechter gegenseitig ihre Erscheinung sorgfältig beachtet und deshalb ihre Aufmerksamkeit besonders auf das Gesicht concentrirt. Eine Neigung dabei zu erröthen, wie

man erröthet, wenn das Gesicht erhitzt ist, hat sich durch ofte Wiederholung in einer Reihe von Generationen schliesslich als beständige Ausdrucksform bei verwandten Anlässen vererbt.

Es ist schwer möglich, auch nur eine knappe Uebersicht über alle jene Details und die Masse von Beobachtungen, denen Darwin seine Anschauungen verdankt, im Auszuge zu geben. Das Werk ist mit 7 heliotypirten Tafeln geschmückt, was dabei etwa an Schärfe der Bilder verloren ging, ist durch die Treue des Ausdrucks reichlich ersetzt.

Die meisten Photographien stammen von Reglander; einige sind Copien nach Duchenne. Von den 21 Holzschnitten sind jene, die Ausdrucksweisen der Hausthiere zeigen, nach Zeichnungen von Wood angefertigt.

Dr. J. Krueg.

Ueber cerebrale Amblyopien und Amaurosen (Des amblyopies et amauroses cerébrales sans lésion visible à l'ophthalmoscope).

Von Georges Apostoli.

(Thèse pour le Doct. en med. Paris Pichon et Cp. 1872, 89.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der centralen Amblyop. und Amaur., bei denen mit dem Augenspiegel keine Veränderung des Augengrundes nachzuweisen ist, wie es scheint, nach den Anschauungen seines Lehrers Galezowski. Er theilt sie in 3 Gruppen ein: I. Organische Ambl. und Am., II. nutritive, III. nervöse.

Die I. Gruppe ist in 2 Unterabtheilungen gebracht, von denen die 1. jene Amaurosen in sich schliesst, die durch Gehirncongestionen verursacht sind, mögen diese von unterdrückten Fussschweissen oder epileptischen Anfällen herrühren. Sie treten meist plötzlich auf, betreffen entweder das ganze Gesichtsfeld oder nur eine laterale Hälfte — Hemiopie. Diese ist entweder gleichseitig (homonyme, deutet auf die entgegengesetzte Hemisphäre wegen der Umkehrung des Bildes und des directen Verlaufes der äusseren Opticusfasern) oder gekreuzt (croisée, äussere gekreuzte H. deutet auf das Chiasma oder die hinteren Vierhügel, innere auf die äusseren Fasern des Opt., die ungekreuzt durch's Chiasma gehen, oder auf die vorderen Vierhügel). — Die Behandlung entspricht den Ursachen.

Die 2. Unterabtheilung begreift die Ambl. und Am. in sich, die von organischen Veränderungen der Centren abhängen. Diese sind

1. im Gehirn: Erweichung der Corp. genic. oder der Hirnschenkel, Periencephalitis diffusa (Calmeil) Sclerose en plaques des Thal. optic., Apoplexie (nur in die Corp. genic. oder Vierhügel, die in die Corp. striat. oder Sehhügel bringt Am. höchstens secundär hervor); Tumoren, atheromat. Entartung der Hirnarterien, Atrophie oder Hypertrophie des Gehirnes, Neubildungen syph. krebsiger oder entzündl. Natur, Cysten, Abscesse oder irgend andere Erkrankungen in den Hemisphären, Corp. genic., Vierhügeln oder Tract. optic. — 2. im Rückenmarke: Ataxie locomotrice und graue Degeneration der Hintersäulen. — 3. Exostosen in der Orbita, Nasopharyngeal-Polypen, Erkrankungen am Türkensattel oder den Arterien an der Basis cranii. — Die Am. dieser Art verlaufen langsam (ausser die nach Apoplexie), enden meist mit nachweisbarer Sehnervenatrophie. Selten sind beide Augen gleich ergriffen, periph. Sehen oft weniger angegriffen als das centrale. Wenn überhaupt Hemiopie, so nicht so scharf begrenzt wie bei der 1. Unterabtheilung. Dyschromatopsie zuerst gegen Nuancen (Galezowski's Farbentafel Nr. 5 u. 1), später wird selbst grün und roth verwechselt; blau bleibt lange, gelb am längsten deutlich. Behandlung die der beginnenden Sehnervenatrophie.

Die nutritiven Einflüsse, die die II. Gruppe der Am. verursachen können, beruhen auf quantitativen oder qualitativen Aenderungen des Blutes. Quantitativ wird das Blut durch jeden Säfteverlust verändert und ziemlich jeder kann wieder Am. verschiedensten Grades erzeugen, die aber wohl meist zugleich mit der Ursache schwindet.

Qualitativ wird das Blut durch unbekannte Einflüsse, durch eingeführte schädliche Stoffe und durch solche, die im Körper selbst erzeugt wurden, verändert.

Durch eingeführte schädliche Stoffe ist vor allem bedingt Amblyopie alcoholique, Ambl. der Säufer. Die Kranken fühlen plötzlich einen Schleier vor den Augen; dieser ist beiderseits gleich und Brillen machen ihn nicht schwinden. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeschränkt, in der Dämmerung sehen die Kranken besser, nicht aber auch bei künstlichem Lichte wie die Nyctalopen. Von den Farben wird grün am frühesten verwechselt, dann violett und roth, dann blau, gelb bleibt am längsten deutlich. Galezowski war wieder der Erste, der darauf aufmerksam machte, dass nach längerer Ruhe die Farbe wohl wahrgenommen wird, wechselt man nun aber, so bleibt der erste Eindruck so lange, bis der Kranke die Augen schliesst, dann kommt ihm erst die zweite Farbe zum Bewusstsein. Glänzende Metallfarben werden sehr schlecht unterschieden, die Kranken verwechseln Silber- und Goldstücke. — Hallucinationen und Illusionen. — Augenspiegel gibt meist negative Befunde. Galezowski fand öfters Trübung der Retina, Sehnervenatrophie, Stauung in den Venen, kleine Hämorrhagien und streckenweises Verschwinden der Arterien. Letzteres Symptom wird auf Gefässkrampf, bedingt durch Sympathi-

cusreizung, die von der Anämie der Säufer verursacht ist, zurückgeführt. Behandlung, ausser in der Enthaltung von Alcoholicis, Kal. bromat. bis zu 3 Grm. des Tages, Einträufelung von Calabar-Collyrium (Sulfate neutre d'ésérine 0·02 auf 10 Grm. Wasser) 1 Tropf. d. T. gegen den Gefässkrampf. Opium — Strychnin-Injectionen, constanter Strom, Tonica und die Schaar der Ableitungsmittel.

Amblyopie nicotique. Gowalewski hat sie erst neuestens anerkannt, während er ihre Selbstständigkeit früher wie die meisten Autoren anzweifelte. Unterscheidet sich von der vorigen nur durch den langsameren Verlauf und dadurch, dass beide Augen meist ungleich ergriffen sind. — Amblyopien können ferner durch die verschiedensten Gifte meist aus der Classe der Narcotica oder Narcotico acria verursacht werden.

Durch qualitative Veränderung des Blutes im Körper selbst entstanden, wird verursacht Amblyopie glycosurique — nicht zu verwechseln mit den bekannteren Veränderungen der Medien bei Diabetikern. — Schleier vor den Augen. Gläser verbessern vorübergehend. Gesichtsfeld und Farbenwahrnehmung intact. Die Krankheit kommt und verschwindet plötzlich im Verlaufe des Diabetes, ausser in den schweren Fällen, in denen der Nebel viel dichter ist und das Gesichtsfeld circulär oder lateral eingeschränkt. Verf. resumirt die Ansichten der Autoren über den Grund dieser Am., um sie alle gelten zu lassen, je nach dem einzelnen Fall. — Die seltenen Fälle von Amblyopien und Amaurosen ohne Augenspiegelbefund bei Albuminurie und Urämie schliessen sich denen bei Diabetes an.

Die III. Gruppe handelt von der Amblyopie et amaurose nerveuse. Verf. beginnt mit der nicht simulirten Ambl. et Am. hystérique. Verschiedene Hemiopien und Dyschromatopsien, meist plötzliches Auftreten, häufiger links als rechts oder beiderseits. Die Unterempfindlichkeit der Retina entspricht der der Conjunctiva bulbi und der Haut.

Einschlägige Am. wurden ferners beschrieben bei Geisteskranken (es wird ein Fall erzählt, wo sie bestand, so oft die Kranke hallucinirte und schwand, wenn sie zu sich kam), bei vom Blitze Getroffenen, nach Einwirkung von Choc, grellem Lichte, heftiger Gemüthsbewegung. Unter Ambl. et Am. sympathiques versteht Verfasser solche, die auf reflectorischem Wege zu Stande kommen, am häufigsten im Gebiete des Trigeminus (Neuralgien, ja selbst Irritationen, wie das Zahnen, fremde Körper in den Zähnen oder cariöse Zähne); ausserdem verursachen Eingeweidewürmer und Schwangerschaft auch öfters sympathische Am. Sie schwinden mit ihrer Ursache. — Zum Schlusse gibt Verf. auf 6 Quartseiten noch eine Uebersicht über die einschlägige Literatur.

Dr. J. Krueg.

Zur Casuistik der progressiven Lähmung der Gehirnnerven (Paralysis glosso-labio-pharyngea, Bulbärparalyse).

Von Prof. M. Benedikt.

(Deutsch. Arch. f. klin. Medicin 11. Bd. 2. Hft.)

Statt der bekannten Duchenne'schen Benennung, welche allerdings ausschliesslich einzelnen Symptomen entnommen ist, so wie statt der in letzterer Zeit viel gebrauchten Bezeichnung „Bulbärparalyse", welche zu weit und auch zu enge ist, schlägt Verf. den oben angeführten Namen vor, der aber auch kaum allen Anforderungen zu genügen im Stande ist.

Wie immer auch diese Krankheitsform benannt werden mag, so galt sie doch immer als eine der allerschwersten rücksichtlich der Prognose. Verf. gibt an, von 16 Fällen 5 vollkommen, andere wahrscheinlich auch gänzlich geheilt zu haben, während nur bei 2 kein Resultat erzielt wurde.

Die Behandlung bestand in beiderseitiger Galvanisation des Sympathicus, Galvanisation durch beide Processus mastoidei, bei Schlingbeschwerden Auslösung von Schlingbewegungen, indem ein Pol am Nacken, der andere am Pomum Adami angesetzt wird; gegen Zwerchfellslähmung wurde mittelst Galvanisation der N. phrenici, gegen Augenmuskel-Lähmung ebenfalls durch locale Behandlung vorgeschritten.

Eine gewisse Form von Sprachstörung kommt bekanntlich blos bei Erkrankung der Hypoglossuskernregion vor, wobei der Kranke das Gefühl hat, als ob die Zunge von Blei wäre, die Sprache langsam scandirend ist. Verf. nimmt bei diesem Punkte Gelegenheit über die Innervation der Zunge zu articulirten Bewegungen etwas weiter auszuholen. Bei allen Hemiplegien, welcher Seite sie auch seien, tritt Obstipation ein; es scheinen sich demnach die Nerven einer jeden Seite an irgend einer Stelle mit denen der anderen Seite so innig zu verflechten und sich gleichmässig an jeder Stelle der Peripherie auszubreiten, dass das Ausfallen einer halbseitigen Innervation eine Störung in der Gesammtinnervation hervorruft.

Bei der Zunge findet etwas Aehnliches statt. Einseitige Erkrankungen besonders im verlängerten Mark (Olivengegend hauptsächlich) ziehen sehr bedeutende Störungen der Sprache nach sich (s. diese Zeitschr. 1873 S. 10).

Nach den Untersuchungen von Betz in Kiew laufen die centralen Enden des Hypoglossuskernes durch den Hirnschenkel ungekreuzt bis zum Claustrum derselben Seite, daher bedingt die Erkrankung bestimmter Hemisphärentheile eine gleichseitige Zungenhälfte-Lähmung und gekreuzte Extremitäten-Lähmung (es sieht also die Zungenspitze nach der nicht gelähmten Seite).

Die beiderseitigen Hypoglossusfasern besitzen aber in der Medulla oblongata ein breites Chiasma (oder eine Commissur? Ref.), indem zahlreiche Fasern von einem Hypoglossuskern nach der andern Seite streichen, sowie auch bekanntlich die Oliven ihre Fasern vielfach austauschen. Ausserdem konnte sich Benedikt an den Präparaten von Betz überzeugen, dass beide Claustra durch die vordere Commissur in innigstem Zusammenhange stehen. — Es ist daher ersichtlich, wie auch eine einseitige Erkrankung im Gebiete des N. hypoglossus eine doppelseitige Störung hervorrufen kann.

In einer Anmerkung wird auch der Untersuchungen von Betz über den centralen Verlauf des vasomotorischen Nervensystems innerhalb des Centralnervensystems gedacht.

Betz verfolgte nämlich eine Gruppe von Zellen, die er ihrer Aehnlichkeit wegen mit den Zellen in den Ganglien des Grenzstranges für sympathische hält in der Medulla spinalis in der Gesellschaft der Clarke'schen Säulen; später ragen sie in die Seitenstränge hinein, liegen in der Rautengrube seitlich (in deren unterem Theil tiefer, dann oberflächlich, oben und aussen vom Trigeminuskern). In der Höhe des Aquäd. Sylvii bilden sie kleinere, von Stilling und Deiters für den Trochleariskern in Anspruch genommene Gruppen und treten dann in Gemeinschaft mit der Substantia Soemmeringii in die Hemisphären ein, lassen sich aber nach deren Aufhören noch bis zu dem hinteren Theile der Corpora striata verfolgen. Die Zellen dieser „Betz'schen Säulen" sind birnförmig, mit einem nach vorn gerichteten unverzweigten Fortsatz und scheinen unipolar zu sein. Ihre Grösse beträgt beiläufig $^2/_3$ der motorischen Zellen (?).

H. B. Obersteiner.

Klinische und thermometrische Studien über die Krankheiten des Nervensystems.

Von Bourneville (Paris 1872).

1. Heft. Hämorrhagie und Gehirnerweichung.

Die wenigen Angaben, welche über die Temperatur bei Gehirnhämorrhagie vorliegen, sind zu wenig genau, um von Werth zu sein. Eine grosse Anzahl von Temperaturmessungen, die mit Fleiss und Genauigkeit angestellt wurden, ergab äusserst interessante Resultate.

In jenen als typisch angenommenen Fällen, die innerhalb einer ziemlich kurzen Zeit (einige Tage) zum Tode führten, zeigt sich alsbald nach dem apoplectischen Anfall durch mehrere Stunden hindurch ein Abfallen der Temperatur bis 36 selbst 35·4° Celsius (1. Periode des Sinkens). Ist dies Minimum erreicht, so steigt in den typischen

Fällen die Temperatur wieder bis etwa zur Normaltemperatur, um hier einige Stunden constant zu bleiben (2. stationäre Periode). Hierauf aber steigt sie von Neuem langsamer oder schneller bis zum Tode manchmal zu einer ziemlich beträchtlichen Höhe von 41 selbst 42·8° an (3. Periode des Steigens).

Kommt während dieser letzten Periode ein neuer Anfall hinzu, der sich sonst der Beobachtung entziehen würde, so manifestirt er sich doch alsbald auffallend durch ein beträchtliches Sinken der Temperatur, wodurch in dem ansteigenden Theil der Curve ein Thal entsteht.

Post mortem sinkt die Temperatur äusserst langsam; um nur ein Beispiel anzuführen, betrug sie 4 Stunden nach dem Tode 41·6°, 2 Stunden später 41·4°, sie war also (im Amphitheater ohne Angabe der Lufttemperatur) bloss um $^2/_{10}$ Grade abgefallen.

Bei einer foudroyanten, gleich vom Tode gefolgten Hämorrhagie oder wenn multiple Hämorrhagien Schlag auf Schlag erfolgen, ist nur das initiale Sinken der Temperatur zu constatiren.

Zählt die Lebensdauer nach dem Anfall nur nach Stunden, dann fehlt die 2. die stationäre Periode und es folgt dem initialen Sinken gleich die Periode des Ansteigens.

Die Beobachtungen über geheilte Fälle sind nach des Verfassers eigenem Geständnisse, da sie durch den Krieg unterbrochen wurden, nicht befriedigend.

Sobald die 3. Periode eintritt, die Temperatur, und zwar mit ziemlicher Exactheit sich hebt, kann man das Herannahen des lethalen Ausganges annehmen; der Puls wird klein, sehr rasch (120—136), die Respiration beschleunigt (48—64), schwierig, rasselnd; die Extremitäten sind besonders auf der gelähmten Seite cyanotisch, das Gesicht bedeckt sich mit reichlichem, klebrigem Schweisse und endlich mit dem Erreichen des Maximums der Temperatur tritt der Tod ein.

Vergleicht man die Temperaturscurven in den verschiedenen Formen der Gehirnerweichung mit dem Curventypus in der Hämorrhagie, so ergeben sich folgende Unterschiede:

1. Das Sinken der Temperatur bei Encephalomalacie als Anfangsstadium fehlt entweder gänzlich oder ist viel undeutlicher ausgesprochen.
2. Das Stadium des Constantbleibens der Temperatur ist ebenfalls nicht deutlich erkennbar; mitunter steigt sie bei Gehirnerweichung bis 39—40°, um dann wieder zur Norm zurückzugehen, wieder zu steigen und wieder zu fallen; in der Hämorrhagie hingegen tritt ein bedeutenderes Abfallen der Temperatur, sobald einmal die erste Periode vorüber ist, nur dann ein, wenn ein neuer apoplectischer Anfall stattgefunden hat.

3. Endlich steigt im letzten Stadium die Temperatur bei Gehirnerweichung langsamer und in der Regel weniger hoch, als bei Apoplexie.
4. Post mortem sinkt die Temperatur rascher als in den Fällen von Hämorrhagie.

Ueber das zweite Heft, das die Urämie, die Puerperal-Eclampsie, die Epilepsie und die Hysterie behandelt, werden wir in der nächsten Nummer berichten.

H. B. Obersteiner.

Hirnparese und deren Behandlung mit Phosphor.

Von Girol. Tempini.

(Gaz. med. ital. 1872 Nr. 40 und allg. med. Cent. Zeitung 1873. 5.)

Die Hirnparese besteht „in der Unfähigkeit des Hirnes seine Functionen zu erfüllen"; diese Krankheit, die sehr häufig anzutreffen ist, tritt namentlich nach Ueberanstrengung, nach Excessen in venere u. s. w. in zwei Formen, in einer leichteren, vorübergehenden, und in einer schwereren, länger andauernden auf.

T. führt diese Krankheit auf übermässigen Verbrauch von Protagon zurück und findet daher, dass durch den innerlichen Gebrauch von Phosphor (Pillen, die 1 Milligramm Phosphor enthalten, bis 5 Stück pro die) diese Zustände auf überraschende Weise behoben werden.

Er führt auch an, dass Delpech bei Hirnkranken den Phosphor mit grossem Erfolg angewendet habe, als er bei der Prüfung der Löslichkeit des Phosphors in Schwefelkohlenstoff, dem die Gummiarbeiter ausgesetzt sind, auf die Idee kam, dass die Hirnkrankheiten der Arbeiter in den betreffenden Fabriken von einer Verminderung der phosphorhaltigen Hirnfette herrühren (!).

Ueber die Contusion des Gehirnes.

Von A. Cahon. (Thèse de Paris 1872.)

Unter Contusion versteht der Verf. eine Zerstörung von geringerer oder grösserer Ausdehnung durch Zermalmung (Attrition) des Gehirnes.

Einen grossen Theil der mitgetheilten Fälle verdankt der Verf. seiner Thätigkeit am Schlachtfelde.

Gewiss wäre es für die Physiologie und Pathologie des menschlichen Gehirnes von grossem Nutzen, wenn auch in Deutschland die

zahlreichen Erfahrungen über Gehirnverletzungen, die sich den Aerzten an den unglücklichen Opfern des letzten Krieges dargeboten haben, gesammelt würden, um die an Thieren gewonnenen Vivisections-Resultate zu vervollständigen. — Auch für die Gehirnerschütterung, die noch einen der dunkelsten Punkte in der Gehirnpathologie bildet, dürfte sich ein ziemlich ergiebiges Material zusammenstellen lassen.

H. B. Obersteiner.

Die Ernährung des Gehirnes und der Nerven (Alimentation du cerveau et des Nerfs).

Von Dr. O. Tamin Despalles. Paris 1873. 260 S. 3 Taf.

In diesem ganzen umfangreichen Werke wird man vergebens nach einem selbstgemachten Versuch oder einem neuen Gedanken des Verf. suchen, — alles beschränkt sich so ziemlich auf eine Apologie des Phosphors als Hauptnährstoff des Gehirnes — eine richtige und nutzbringende Methode der Ernährung zu begründen, ist die Aufgabe dieser Arbeit. „Sage mir, was du isst und ich werde dir sagen, wer du bist.“

Schon der Anblick der drei nicht ganz gelungenen Tafeln: Schematische Darstellung des ganzen Nervensystemes, das Gehirn von oben und unten, ist wenig Vertrauen einflössend. Noch mehr überrascht wird man, wenn man den Inhalt überblickt.

Gott, das Weltall, die Erde — physische Kräfte, Lebenskräfte, das Thier, der Gedanke .... chemische Zusammensetzung des Gehirnes — Anatomie und Physiologie des Gehirnes — Physico-chemische Functionen des Gehirnes — der Phosphor — Betrachtungen über die Gehirnkrankheiten — Allgemeine Ernährung — Phosphorverbindungen — Blut, Eier, Milch, Cholestearin .... — Legumin — Hygiäne des Denkens.

Uebrigens finden sich in diesem Buche zahlreiche Tabellen, welche anderen vielleicht schwerer zugänglichen Werken über Gehirnchemie und Chemie der Nahrungsmittel entnommen sind, so dass es jedenfalls bei Arbeiten über diesen Gegenstand von grosser Erleichterung sein kann.

H. B. Obersteiner.

Ueber Moral Insanity.

Von C. Maudsley. (Journ. of Mental Science. Oct. 1872.)

Bei Gelegenheit eines Ueberblickes über den Stand medicinischer Physiologie, welchen M. als Eröffnungsrede der psychologischen Section der British Medical Association gab, zeigt er, wie die Moral-

philosophie die verborgene Quelle der Gefühle und Impulse nicht durchschauen kann, da sie in der physischen Constitution der Individuen, oft der Vorfahren liegt; er bespricht die organischen Missbildungen an Gewohnheitsverbrechern und deren functionelle Störungen. Noch tiefer dringt man in das Verständniss derselben ein, wenn man die Familiengeschichten derselben studirt, welche zeigen, dass dieselben aus Familien stammen, in welchen die verschiedenartigsten Psychosen und Neuropathien herrschen.

M. führt zwei Beispiele an: Unter fünf Kindern aus der Ehe einer Wahnsinnigen mit einem Trunkenbolde war eines ein Selbstmörder, zwei Verbrecher, eines wahnsinnig, eines blödsinnig. In dem zweiten Falle war in der ersten Generation Mangel jedes Sittlichkeitsgefühles bei guten Verstandeskräften; zweite Generation: Selbstmord, Mord und Selbstmord, Epilepsie, Manie, Blödsinn; dritte Generation: Manie. — Sowie auf Geisteskrankheit der einen Generation Moral Insanity in der nächsten folgt, so folgt auf diese wieder Geisteskrankheit.

A. Pick.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 8. März 1873 um 6 Uhr Abends

in der Landes-Irrenanstalt im Hörsaale des Herrn Prof. Meynert.

1. Mittheilungen und Anträge des Verwaltungsrathes bezüglich des internationalen medizinischen Congresses.
2. Prof. Dr. Meynert: Demonstration anatomischer Präparate bei Magnesium-Licht.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

2. April 1873. Nr. 3.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 8. März 1873. — Schasching. Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt bei Linz. — Grabacher. Gutachten über eine angebliche Geisterseherin. — Otto Braus. Die Hirnsyphilis. — Duret. Die Vertheilung der Ernährungsarterien des Gehirnes. — Duret. Die Ernährungsarterien des verlängerten Markes. — Bourneville. Klinische und thermometrische Studien über Krankheiten des Nervensystems. 2. — Betz. Die Untersuchungsmethode des Centralnervensystems des Menschen. — Séguin. Doppelter Centralkanal. — Landouzy. Ein Fall von Kleinhirnerweichung. — Chouppe. Lipome des Gehirns. — Jahresbericht von 1872 des Nord-Ohio-Asyls.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 8. März 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Herr Prof. Dr. Meynert demonstrirte durchsichtige Gehirnabschnitte mittelst einer Camera lucida, welche durch Magnesium beleuchtet war. Er hat hiezu nach längeren resultatlosen Versuchen ein exactes Uhrwerk mit Gewichten anfertigen lassen, welches das von einer Rolle ablaufende Magnesiumband gleichmässig genug hervortreibt, dass seine Flamme immer im Focus eines Voigtländer'schen Objectivs steht. Das auf einen Schirm projicirte Bild wird, 20—60 Mal vergrössert, einem ganzen Auditorium auf einmal sichtbar, bis in Details, welche nur die Helligkeit der Magnesiumflamme gewahren lässt. Die Präparatenreihe, welche Schnitthöhen von den Grosshirnlappen bis zum Halsrückenmark entwickelte, machte Prof. Meynert durch einen verbindenden Vortrag in den hauptsächlichen Thatsachen verständlich, wobei er Streiflichter auf Gebiete warf, welche für neuropathologische Diagnostik bedeutungsvoll sind.

Herr Prof. Dr. Leidesdorf hebt die Vortheile hervor, welche dem Unterrichte über Hirnanatomie durch diese Bereicherung an

Demonstrationsmitteln erwachsen, wodurch mikroskopische Bilder in unversehrter Klarheit einem grossen Auditorium gleichzeitig anschaulich gemacht werden können.

Es wird hierauf zur Wahl eines Comités von 5 Mitgliedern geschritten, welches dem Vereine Vorschläge über die Schritte und Vorarbeiten machen soll, welche zur Bildung einer psychiatrischen Versammlung während des in Wien tagenden ärztlichen internationalen Congresses geeignet erscheinen. — Es erhielten absolute Stimmenmehrheit die Herren Prof. Dr. Meynert, die Primarien Dr. Gauster und Dr. Maresch und Prof. Dr. Leidesdorf. Da für das fünfte Mitglied eine absolute Stimmenmehrheit nicht erzielt wurde, wird eine nochmalige engere Wahl demnächst erfolgen müssen.

Zu wirklichen Vereinsmitgliedern wurden vorgeschlagen und gewählt: Herr Dr. Julius Krueg, Hilfsarzt an der Döblinger Privat-Irrenanstalt und Herr Dr. Ludwig Pfleger, Arzt an der Versorgungsanstalt in Ybbs. Dr. Maresch, Secretär.

Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz.

Von Dr. M. Schasching, k. k. Sanitätsrathe und dirigirendem Primararzt alldort etc. Linz 1873 *).

(Fortsetzung und Schluss.)

Wir haben etwas weitläufiger diesen Gegenstand behandelt, da Niedernhart in Oesterreich bis nun die einzige Anstalt ist, wo die Trennung von ärztlicher Leitung und Verwaltung in schroffster Weise durchgeführt ist. Nur die Isolirung in einer kleineren Provinzstadt, die an sich nicht bedeutende Krankenbewegung, möglicherweise auch günstige persönliche Verhältnisse können bis nun einen entschiedenen Bruch in der Anstalt vermieden haben. Wir erinnern aber an den letzten Bericht Knörlein's, der grelle Missstände aufdeckte, die bei Vorhandensein einer mit entsprechender Machtvollkommenheit ausgerüsteten Direction nicht leicht möglich wären.

Auch wir anerkennen mit dem geehrten Verfasser, dass der o. ö. Landtag den dringendsten Forderungen der Humanität durch Erbauung einer neuen Anstalt nach den baulichen Grundsätzen des heutigen reformirten Irrenwesens Rechnung trug. Aber wir müssen in den organisatorischen Bestimmungen einen wesentlichen Hemmschuh für die freiere, kräftigere Entwicklung des Asyles und für vollkommenere Erfüllung der Anstaltszwecke erblicken. Eine Aufnahme von 70—90 Kranken, wie sie von 1860—1869 jährlich stattfand, ent-

---

*) S. Nr. 2 d. Zeitschr.

spricht übrigens sicher nicht den Bedürfnissen des Landes, für das uns freilich keine eingehende Irrenstatistik noch vorliegt. Es sind auch im J. 1870 schon 111 Zuwächse verzeichnet.

Eine Uebersicht von 1850—1870 zeigt, dass die primären Formen Manie und Melancholie gegenüber den anderen Formen im Verhältniss von 779 : 690 standen, wobei es wahrscheinlich ist, dass unter der Bezeichnung der Verrücktheit noch eine Reihe primärer Erkrankungen sich birgt, da sie mit Wahnsinn identisch gestellt ist. Unter allen diesen Kranken waren nur 125 Blödsinnige aufgenommen. Die Aufnahmszahl stieg in diesen 20 Jahren von 30 auf 111; 1871 war sie 125; wenn man für Oberösterreich ein günstiges Verhältniss hinsichtlich Psychopathien annimmt, so kann man kühn behaupten, dass die Ziffer von 1 Geisteskranken auf 2430 Einw. jetzt schon sehr unter der Zahl der wirklich vorhandenen Geistesstörungen stehe und bei den bestehenden Verhältnissen im Kurzen sicher doppelt davon überragt werden wird, und S. bemerkt ganz richtig in seiner Arbeit, dass das Verhältniss 1 Kranker auf 710 Einw. unter der Wirklichkeit sein dürfte; da man durchschnittlich jetzt schon 1 Kr. auf 350—400 Einw. berechnet.

Je stärker die Krankenbewegung in einer Anstalt, je mehr primäre Zustände zuwachsen, desto nothwendiger ist die unmittelbare einheitliche Leitung durch einen Arzt, desto rascher muss sich seine fachverständige Initiative zur Geltung bringen lassen. Dass der Zuwachs dem wirklichen Bedürfnisse nicht entspricht, mag vorwiegend in dem vom Herrn Verfasser citirten Landtagsbeschlusse vom Jahre 1865 liegen, welcher den Gemeinden für ihre unbemittelten, in der Anstalt befindlichen Kranken ein Fünftel der niedrigsten Verpflegsgebühr zur Zahlung aufträgt. Den Gemeinden! Wer die Verhältnisse kennt, wie die Landbevölkerung die allernöthigsten Auslagen perhorrescirt, wenn sie die einzelnen Gemeindeglieder mit stärkeren Gaben belasten, mit Ausnahme zuhöchst von Kirchen- und Pfarrhofbauten; — wer da weiss, wie Einsicht über Geistesstörungen allüberall, namentlich aber am Lande tief unter dem Nullpunkte des richtigen Verständnisses steht, der wird begreifen, wie schwer bei Armen die entsprechenden Dokumente zur Unterbringung in die Anstalt herbeigeschafft und wie oft Kranke aus der Anstalt rückgenommen werden dürften, die nothwendig dort bleiben sollten. Wenn man nur nicht Feuer anlegen oder eine gar gefährliche andere Handlung fürchtet, wird man die Unterbringung, bezüglich die Belassung schwer zugestehen, ob der Kranke dadurch unheibar wird, ob im Wege der Vererbung oder des üblen psychischen Einflusses Geistesstörungen anderer Individuen dadurch herbeigeführt werden, ob der arme Kranke dadurch in die elendeste, bedauernswertheste Lage geräth, das ist gleichgiltig, — das verstehen ja nur ausnahmsweise die Väter der meisten Gemeinden.

Die neue Anstalt ist auf einem herrlichen Platze mit weit tragender prächtiger Aussicht in Staffelform auf einem Areale von 13 Joch 1375 Quadratklafter erbaut, wovon 9 Joch auf Gärten und Vorpark entfallen.

Der geehrte Verfasser gibt eine kurze Geschichte des Baues, der durch 3 Pläne und eine Ansicht aus Vogelperspective illustrirt ist.

An das Administrationsgebäude, welches in der Mitte vorgebaut ist, schliessen sich auf jeder Seite in rechtwinklig gebrochenen Linien 5 Flügel an, deren letzter nicht nach aussen, sondern nach innen zu gewendet ist, so dass dort ein Hofraum gebildet wird. Der letzte Flügel ist der Tobtract. Dem Administrationsgebäude vis à vis im Hofe stehen Kirche, Traiterie, die Lingerie und die Bäder, welche letztere leider nicht für beide Geschlechter getrennt sind. Gedeckte Gänge verbinden die Abtheilungen mit diesen Räumlichkeiten. Das Administrationsgebäude hat zwei Stockwerke ober dem Erdgeschosse, die übrigen eines. Auf den Abtheilungen für minder Ruhige ist für Isolirzimmer gesorgt. Die Zellenabtheilung umfasst für jedes Geschlecht 18 Zellen, jedenfalls viel für eine Anstalt von 250 Kranken, für welche wohl, so weit uns erinnerlich, die Anstalt erbaut wurde. Die Leichenkammer steht weiter rückwärts im hinteren Hofe.

Ringsum sind Gärten, die leider sehr wenig Schatten bieten; für den Betrieb einer Oekonomie ist nicht vorgesorgt. Die Ventilation ist durch einfache Luftschläuche besorgt, welche aber nach unserer Meinung kaum unter allen Verhältnissen ihrem Zwecke gerecht werden dürften. Die Beheizung geschieht theils durch Oefen, und zwar durch schwedische Kachelöfen, nur in den grösseren Räumen durch eiserne mit Ziegelmantel umgebene. Wo diese Mantelöfen sich befinden, ist die Ventilation durch Zuleitung frischer Luft von aussen wirksam hergestellt. Die Tobtracte sind durch Luftheizung beheizt. Die Beleuchtung geschieht durch Petroleum; sie wird als ungenügend bezeichnet. — Die Baukosten sammt Grunderwerbung und Projectkosten beliefen sich auf nur 561.140 fl.

An diese Mittheilungen reihen sich Statut, Instructionen, Hausordnung, Ausspeisung.

Daran schliessen sich eine interessante Uebersicht der Krankenbewegung von 1850—1870 und der Jahresbericht für 1871. Am vorwiegendsten war bei den Zuwächsen die Melancholie; nach ihr kam die Verrücktheit, sodann die Manie. Während bei ersterer die Frauen weitaus überragten, wie 1·6 : 1, war bei letzterer der Geschlechtsunterschied ein unbedeutender. Dr. S. bemerkt, dass bei der Melancholie am häufigsten die M. religiosa war.

Hinsichtlich der ätiologischen Momente wird berichtet, dass sie in einer grossen Reihe unbekannt sind, ausserdem zeigen sich hervorragend erbliche Anlage von Seite der Eltern, Excesse in venere

et baccho, religiöse Ueberspannung, häusliche Noth, Kummer und Sorgen.

Im J. 1871 waren im Ganzen 173 Männer und 155 Frauen verpflegt, also 328 Personen; das Heilprocent war 4·6 %, die Mortalität 9·4 %. Aufgenommen wurden 71 Männer, 54 Frauen.

Das Büchlein gibt noch eine Reihe Daten, die einen interessanten Einblick in die Verhältnisse erlauben. Wir können jedoch nicht mehr weiter darauf eingehen.

Wir können aus eigener Anschauung noch hinzufügen, dass die Anstalt reizend gelegen ist; dass dort eine auffällige geringe Zahl von Wärtern ist; dass wir die Kost gut befanden, in Beziehung auf Menge aber sparsam bemessen, und dass die Mobiliar-Einrichtung eine sehr bescheidene ist.

Auch scheint uns bei etwas stärkerer Bewegung die Zahl von nur 2 Aerzten zu wenig, wenn man sich eingehend mit den Kranken beschäftigen und zugleich die Fälle wissenschaftlich ausnützen will. Auf 80 Kranke nur 1 Arzt gerechnet, müssten wenigstens 3 Aerzte sein, und bedenkt man die mannigfachen Arbeiten, Krankengeschichten, Krankencorrespondenz, Monats- und Jahresberichte, Gutachten, commissionelle Verhandlungen und Kuratelverfahren neben dem übrigen ärztlichen Dienste, so ist dies wahrlich nicht zu viel. Man hat auch im Plane für eine secundar-ärzliche Wohnung vorgesorgt, aber die Stelle nicht systemisirt. Es wäre übrigens auch für den Sanitätsdienst im Lande von Vortheil, wenn junge Aerzte sich praktisch im Irrenwesen ausbilden würden. Die Hilfsärzte der Krankenhäuser sollten tourweise mit dem Hilfsarzte der Irrenanstalt abwechseln, wodurch für die praktische Vorbildung der dem Lande zuwachsenden neuen ärztlichen Kräfte eine wesentliche Förderung erreicht wäre.

Da es sich um eine österreichische Anstalt und um eigenartige, leider seuchenartig auch auf andere Kronländer ausstrahlende Organisation handelt, möge man uns die Ausführlichkeit vergeben.

Dem geehrten Verfasser muss man für seine Mittheilungen und die klare Darstellung der Verhältnisse dankbar sein.

Dr. Gauster.

Gutachten über eine angebliche Geisterseherin.

Die Gemeindevorstehung Langenlois hatte unterm 18. December 1871 Z. 625 die Anzeige erstattet, dass die dortselbst als Magd bedienstete Johanna L. mit Geisterseherei zu kämpfen habe, und das Ansuchen beigefügt, dass deren Gesundheitszustand behufs einer etwa zu treffenden Verfügung durch ärztliche Untersuchung sichergestellt werden möge.

Die gepflogenen Erhebungen und die ärztliche Untersuchung ergaben Folgendes:

„Johanna L., 19 J. alt, Inwohnerstochter aus Elsarn, Gerichtsbezirk Langenlois, ist ihrem Alter entsprechend körperlich entwickelt und ausgebildet, hat angenehmes, gefälliges Benehmen, ist gross von Statur, gut gebaut, schlank, hat hellblondes Haar, braune Iris, lebhaften Blick, etwas stumpfe Nase, schwach aufgeworfene Lippen, ein Grübchen im Kinn, länglich rundes Gesicht, einnehmende, ja sogar hübsche Gesichtszüge. Sie ist freundlich, Sprache und Körperbewegungen sind lebhaft, die Hände stark und fleischig, deuten auf Verrichtung von harter Arbeit; die Kleidung ist anständig, reinlich, dem Stande einer Magd angemessen."

„Sie scheint geistige Fähigkeiten und Talente zu besitzen, ist aber schlecht unterrichtet, kann weder lesen noch schreiben und musste sich, weil arm und vermögenslos, seit ihrem Austritte aus der Dorfschule als Magd Erwerb und Unterhalt suchen. Sie hat eine klare Auffassung ihrer Lebensverhältnisse, ist heiter und lebensfroh, liebt Vergnügungen, Musik und Tanz, sieht frisch und jugendlich blühend aus, ist angeblich regelmässig menstruirt ohne Zeichen einer Krankheit oder erkennbarer Krankheitsanlage, und nach dem Zeugnisse ihrer Arbeits- oder Dienstgeber unverdrossen, arbeitsam und fleissig."

„Von ihren Eltern, Geschwistern oder Anverwandten war nie Jemand geisteskrank oder in einer Irrenanstalt."

„Johanna L. gibt an, seit dem 12. Lebensjahre nächtlicher Weile Geistererscheinungen zu haben, die in kürzeren oder längeren Zwischenräumen bis in die neueste Zeit sich wiederholten. Es erscheine ihr eine in Weiss gekleidete Frauengestalt, die sie für die Seele einer Dahingeschiedenen halte, welche der Erlösung bedürfe und die sie auch zu erlösen beabsichtige."

„Während des Gottesdienstes am 18. December 1871 sei ihr jene Gestalt in der Kirche zu Langenlois, ungesehen von den übrigen Andächtigen wieder erschienen und habe in ein weisses Sacktuch, welches sie — Johanna L. — in der Hand hielt, durch Berührung mit den Fingern vier Löcher in Neukreuzergrösse und in Kreuzesform eingebrannt."

„Seit dem letztgenannten Tage sei die Erscheinung nicht wieder gekommen. L. glaube an die Wahrheit derselben und wisse sogar die Person zu bezeichnen, welcher diese nicht erlöste Seele im Leben angehört habe, dürfe sie aber nicht nennen. Eine Wallfahrt nach Mariazell werde die Erlösung vollenden."

„Aus den mit den Dienstgebern der Johanna L. gepflogenen Erhebungen ergab sich, dass die Untersuchte fleissig und arbeitsam gewesen sei, dass sie aber manchmal, wenn sie des Abends im Wohnzimmer der Familie am gemeinsamen Tische sass und arbeitete,

plötzlich wie vor Schrecken blass wurde, eine Zeit lang stumm und bewusstlos blieb, endlich aber wieder zu sich kam und die Personen aus ihrer Umgebung fragte, ob sie denn nicht die fremde Gestalt gesehen hätten, die ihr eben erschienen war und mit ihr gesprochen hatte. Natürlich waren die Anwesenden über diese Mittheilung erstaunt, da sie keine Spur einer Erscheinung wahrgenommen hatten.«

Gutachten.

»Mit Ausnahme der oben angeführten, an die Sagen längst vergangener Zeiten erinnernden Erzählungen von Geistererscheinungen konnte an Johanna L. kein Symptom von Geistesstörung entdeckt und sichergestellt werden. Möglich ist es, dass diese Geistererscheinung, von der die Untersuchte seit dem kindlichen Alter heimgesucht zu werden angibt, einem gehabten Traume oder einer Vorspiegelung der aufgeregten Phantasie den ersten Entstehungsgrund zu danken hatte; nichtsdestoweniger aber einen so tiefen und mächtigen Eindruck auf das Gemüth der an Unterricht und Kenntnissen armen Inwohnerstochter zu üben vermochte, dass Johanna von den Bildern dieses Wahnes befangen blieb und sie für Wirklichkeit annahm, so dass sie sich durch das Versprechen, die arme Seele durch Gebete und Wallfahrten zu erlösen, für gebunden hielt.«

»Möglich ist es aber auch, dass diese Wahnvorstellungen mit dem erwachten Geschlechtsleben gleichzeitig entstanden und so mächtig geworden waren, dass sie sich der Einbildungskraft Johanna's mit dem Scheine der Wirklichkeit vorspiegelten.«

»Möglich ist es endlich auch, dass Johanna L. die Menschen durch Vorgeben von Geisterseherei täuschen und irgend einen geheim gehaltenen Zweck erreichen wollte.«

»Als sicher dürfte ausgesprochen werden, dass die Untersuchte der erwähnten Wahnvorstellung wegen noch nicht als geisteskrank und zur Abgabe in eine Irrenanstalt geeignet betrachtet werden kann. Uebrigens lässt sich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass Johanna L., wenn ihr die Wahnidee von Geistererscheinung wirklich innewohnt, durch den Einfluss derselben auf ihren Geist thatsächlich in einen psychisch-krankhaften Zustand verfallen könnte.«

Krems 1872.

Dr. Grabacher.

Die Hirnsyphilis.

Monographisch bearbeitet für praktische Aerzte von Dr. Otto Braus. Berlin 1873. (Hirschwald.)

Der Arbeit des Verfassers sind eigene Beobachtungen und 100 Krankengeschichten verschiedener Beobachter zu Grunde gelegt.

Nachdem er das Geschichtliche der Hirnsyphilis erörtert hat, bespricht Verf. die Zeit und die Art des Auftretens der Krankheit. Es geht aus den Beobachtungen hervor, dass dieselbe in zweierlei Gestalt auftritt. Einmal frühzeitig, also einige Monate bis $1-1^1/_2$ Jahr nach der Infection entweder in Gesellschaft oder zeitlicher Nachbarschaft mit anderen secundären Symptomen, das andere Mal viele Jahre nach der Infection, ohne Begleitung anderer syphilitischer Symptome oder zuweilen combinirt mit solchen, die dann gewöhnlich den Charakter alter Syphilis an sich tragen.

Bezüglich des generellen Krankheitsbildes ergibt sich Folgendes: Gewöhnlich klagen die Kranken längere Zeit über Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, vages Ziehen in den Gliedern und zeigen Veränderungen des Charakters.

Es entwickeln sich ferner allmälig Motilitäts-, Sensibilitäts- und psychische Störungen, die fortschreitender oder stationärer Natur sind und denen sich epileptische, apoplectische, maniakalische Anfälle zugesellen; oder die schweren Hirnerscheinungen setzen sofort nach den oben erwähnten Prodromen mit einem convulsivischen, apoplectischen oder maniakalischen Anfall ein, dem nun Motilitäts-, Sensibilitäts- oder psychische Störungen von bleibender oder vorübergehender Natur folgen.

Die erste Kategorie ist die häufiger vorkommende. Die häufigsten Hirnsymptome sind die Lähmungen und unter diesen vorwiegend die Lähmungen des N. oculomotorius, facialis, abducens, hypoglossus. Gewöhnlich verbunden mit Gedächtnissschwäche.

Die Krankheit tritt fast nie plötzlich ein, es pflegen ihrem vollen Ausbruche schon längere Zeit Kopfschmerz, Schwindel, Veränderungen des Charakters, Gedächtnissschwäche vorher zu gehen. Das pausenweise Eintreten dieser Vorläufererscheinungen und der Umstand, dass diese durch Gemüthsbewegungen, Gelage, Erkältungen auftreten, ist häufig Ursache, dass die Prodromalsymptome anfangs verkannt werden.

Verf. bespricht nun eingehend die speciellen Symptome, wie den Schwindel, den Kopfschmerz, das Erbrechen, die Lähmungen. — Interessant ist bezüglich der letzteren das Ergebniss der 100 zusammengestellten Fälle, bei welchen Lähmungen 82 Male beobachtet

wurden und zwar: Augennervenlähmungen 34, Facialislähmungen 27, Hypoglossuslähmungen 22, Blasenlähmung 17, Darmlähmung 15, halbseitige Körperlähmung 31, Lähmung einzelner (nicht symm.) Extremitäten 18, Paraplegie 8 Mal. — In der Regel sind die Lähmungen nicht vollständige (ich habe jedoch erst vor Kurzem einen Fall von Hirnsyphilis beobachtet, in welchem eine unvollständige halbseitige Lähmung in eine vollständige überging. Ref.).

Psychische Störungen kamen unter den 100 Fällen 45 Mal vor. Sie tragen namentlich häufig das Gepräge der geistigen Schwäche mit oder ohne Grössenwahnideen, wodurch das klinische Bild der paralytischen Geisteskrankheit entsteht. Doch kommen auch Formen von Melancholie, von Tobsucht u. s. w. vor.

In dem Kapitel über die pathologische Anatomie der Hirnsyphilis stellt Verf. das bisher Bekannte übersichtlich zusammen.

Bezüglich der vom Verf. angeführten Kennzeichen zur Feststellung der Diagnose verweisen wir, wie für die prognostischen Anhaltspunkte und des therapeutischen Verfahrens auf das Werk selbst, welches eine sorgfältige Zusammenstellung des über diese Frage vorhandenen Materials bietet.

Leidesdorf.

Vorläufige Mittheilung über die Vertheilung der Ernährungsarterien des Gehirnes (Note sur la distribution des artères nourricières du cerveau).

Von H. Duret.

(Le Mouvement médical 1873, Nr. 3, 4 u. 5.)

Verf. hatte über den Gegenstand gearbeitet und über die Arterien des verlängerten Markes vorgetragen (am 20. December 1872) als ihm die vorläufige Mittheilung Heubner's (vom 7. December 1872) in die Hände kam (Psych. Centralbl. 1873 Nr. 1 p. 14).

Er kommt ziemlich zu denselben Resultaten wie Heubner, nur ergänzt er dessen Eintheilung in Basal- und Rindenbezirk noch durch einen Kammerbezirk (Artères des ventricules).

Eine ausführliche Arbeit mit Tafeln soll später in den „Archives de Physiologie“ folgen und dann auch von uns besprochen werden.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Vertheilung der Ernährungsarterien des verlängerten Markes (Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rachidien).

Von H. Duret.

(Archives de Physiologie. Mars 1873. p. 97—114 mit 2 Taf.)

Duret hat bereits am 20. December 1872 über denselben Gegenstand in der Sitzung der „Société anatomique" gesprochen (Mouv. méd. v. 11. Jänn. 1873, Nr. 2, p. 19). Die Ernährungsarterien des verlängerten Markes haben mit denen des Gehirnes gemeinsam, dass sie als ziemlich feine Zweige direct aus den Hauptstämmen entspringen und sich dann ohne weitere Anastomosen verästeln im Gegensatze zu den Arterien der Hirnrinde.

Duret theilt die Arterien der Medulla nach ihrer Bestimmung in 3 Gruppen. Deren erste versorgt die Nervenwurzeln mit Stämmchen, die innerhalb der Nerven sich theilen, um zum betreffenden Nervenkerne auf-, zur Peripherie abzusteigen. Der Hypoglossus bezieht auf diese Weise seine Arterien aus der A. spin. ant. und aus der A. vertebralis; der Accessorius aus der Art. cerebelli inf. post. und der vertebr.; der Vagus und Glossopharyngeus aus der vertebralis; der Acusticus und Facialis aus der vertebralis und basil., für welche auch die A. cerebelli inf. ant. eintreten kann. Der Oculomotorius bezieht seine Arterie aus der Basilaris und aus der A. cerebelli inf. ant., der Abducens aus dem Oberende der Basilaris.

Die Arterien der zweiten Gruppe durchdringen die Medulla ziemlich der Medianebene entlang und verästeln sich unter dem Boden des 4. Ventrikels, indem sie die Nervenkerne mit ihren Capillaren umspinnen. Sie anastomosiren dort mit den entsprechenden Arterien der I. Gruppe. Der Accessorius-, Hypoglossus- und untere Facialiskern werden auf diese Weise aus der A. spinalis ant. versorgt; der Glossopharyngeus-, Vagus- und Acusticuskern aus der hinteren Bifurcation des Truncus basilaris; aus der vorderen aber Abducens-, Oculomotorius- und Trochleariskern.

Die dritte Gruppe liefert Arterien zu den „constituirenden" Theilen des verlängerten Markes und zwar vorne aus der A. verteb. oder spinal. ant. zur Pyramide und Olive; seitlich aus der A. cerebelli inf. post. zum Funiculus lateralis und Corpus restiforme; rückwärts aus der A. cerebelli inf. post. zum Lobus medius und der Valvula Vieussenii, inneren Rand und Unterfläche des Kleinhirnes. Die A. spinalis post. gibt aufsteigende Aeste zur hinteren Pyramide und absteigende, die in die hintere Medianfurche und bis zum Centralkanal vordringen.

Verf. zeigt zum Schlusse an einigen pathologischen Fällen, wie sich durch die angegebenen Gefässursprünge gewisse Lähmungen aus Embolien in bestimmten Arterien erklären lassen.

Die zwei angekündigten Tafeln waren dem März-Hefte leider nicht beigegeben.

Dr. J. Krueg.

Klinische und thermometrische Studien über die Krankheiten des Nervensystems.

Von Bourneville (Paris 1872). S. S. 34.

2. Heft. Urämie, Eclampsia puerperalis, Epilepsie und Hysterie.

Die Ergebnisse der Temperatursmessungen in den verschiedenen Formen der Urämie zeigten eine vollkommen befriedigende Uebereinstimmung.

Die urämischen Processe sind nämlich von einem beträchtlichen Sinken der Körperwärme begleitet und jemehr die Krankheit sich dem tödtlichen Ausgang nähert, desto tiefer fällt die Temperatur (selbst bis 28·1°).

Unregelmässigkeiten in dem constanten Abfallen der Temperatur können begreiflicherweise dadurch entstehen, dass die urämischen Erscheinungen, indem deren Ursache temporär, theilweise gehoben wird, sich bessern.

Gerade das entgegengesetzte Bild liefert die Temperaturscurve in der Puerperaleclampsie. Diese charakterisirt sich durch ein constantes Ansteigen bis zum Tode (42—43). Tritt aber Besserung ein, erholen sich die Kranken, so sinkt die Temperatur wieder auf die Norm zurück, so dass das Abfallen der Curve als prognostisch günstig anzusehen ist. — Wenn eine Reihe von eklamptischen Anfällen aufeinander folgt, so sinkt die Temperatur in den Zwischenpausen um 0·1—0·2°, um sich beim Eintritt des Anfalles wieder zu heben.

Der Verf. benutzt dieses verschiedene Verhalten der Temperatur in der Urämie und in der Puerperaleklampsie, um die Ansicht zu widerlegen, dass die letztere nur als convulsivische Form der Urämie aufzufassen sei.

In den Anfällen von Epilepsie und epileptiformer Hysterie findet ein Steigen der Temperatur statt, während dieselbe durch reine hysterische Attaken nicht beeinflusst wird. Hysterie und Epilepsie können sich auf doppelte Weise combiniren; entweder bleiben beide Arten von Anfällen distinct (einmal treten die einen, dann wieder

die anderen auf) oder aber der hysterische und der epileptische Anfall summiren sich zu einem einzigen; in diesen Fällen von Hystero-Epilepsie handelt es sich eigentlich um eine Hysterie, die in gewisser Hinsicht zu einem hohen Grad von Intensität gediehen ist.

Bei manchen Kranken stieg auch nach Beendigung des Anfalles, nachdem das Bewusstsein bereits wiedergekehrt war, die Temperatur noch um 0·1—0·2°. — Auch zur Constatirung der Simulation epileptischer Anfälle ist diese Temperatursteigerung gewiss von grossem Werthe.

Ueber „den epileptischen Zustand" (état de mal épileptique). Dieser ist charakterisirt 1. durch eine gewissermassen ununterbrochene Aufeinanderfolge der epileptischen Anfälle; 2. durch einen selbst bis zum Coma fortschreitenden Collapsus ohne Wiederkehr des Bewusstseins; 3. durch eine mehr oder minder complete und vorübergehende Hemiplegie; 4. durch die Frequenz des Pulses und der Respiration; 5. durch eine beträchtliche Erhöhung der Temperatur, welche in den kurzen Zwischenpausen auf ihrer Höhe bleibt.

Dieser Zustand befällt epileptische Kranke ohne jedes Prodromalsymptom. Die einzelnen Anfälle unterscheiden sich durch nichts von den gewöhnlichen, der Puls ist regelmässig, aber klein und rasch, die Respiration schnell und schwierig. Die Temperatur steigt vom Beginn der Anfälle bis 40—41 selbst 42°. Die Haut wird heiss, das Gesicht bedeckt sich mit reichlichem, klebrigem Schweisse, die Augen werden nach einer Seite gerichtet und gewöhnlich von Nystagmus befallen; die Zunge bekommt einen braunen Beleg, das Schlingen wird schwer, wenn nicht unmöglich; der Urin geht unwillkürlich ab, Constipation; die sensoriellen und intellectuellen Functionen sind so zu sagen gänzlich aufgehoben; sehr oft zeigen sich Hemiplegie und auch Contracturen.

Gehen die Kranken nicht in dieser ersten convulsivischen Periode zu Grunde, so folgt gewöhnlich noch ein meningitisches Stadium. Die Anfälle hören gänzlich auf, allein die Revolution, die sie im Organismus hervorgebracht haben, gibt Veranlassung zu einer Reihe von Symptomen, die zusammen das Bild einer „meningitischen Congestion" darstellen. Die Kranken sind in einem mehr minder tiefen soporösen Zustand, der zeitweise durch eine maniakalische Aufregung ersetzt wird; Hallucinationen scheinen dabei vorzukommen. Auch trophische Störungen treten auf, von einfachen Exanthemen bis zu wahrem, tief greifendem, schnell sich entwickelndem Decubitus; allgemeine Abmagerung des Körpers kommt hinzu.

Zugleich steigt die Temperatur, die nach dem Aufhören der Anfälle gesunken war, von Neuem.

Alle diese Symptome können nun bis zum Tode des Individuums zunehmen oder aber wieder schwinden und der Heilung Platz machen. Im Ganzen dauert dieser Zustand 3—9 Tage, davon kommen auf die

erste Periode 1—3 Tage. Von 7 Fällen sah B. nur 3 mit Heilung enden.

Die anatomischen Veränderungen, die sich bei den Sectionen fanden, entsprachen nicht den Erwartungen; bedeutendere oder geringere Injection der Pia mater, manchmal auch Ecchymosen, in zwei Fällen geringer Hydrocephalus, das Gehirn und Rückenmark vollkommen gesund. Therapeutisch haben Blutentziehungen, Purgantien und Chinin scheinbar noch den meisten Erfolg gehabt, während Atropin und Bromkalium sich wirkungslos bewiesen.

Sonderbarer Weise ist auf diesen Zustand, der für sich eine abgeschlossene typische Krankheitsform darstellt, deren Bild in gelungener Weise vom Verfasser vorgeführt wird, sonst kaum beachtet worden. — Ref. hat eben ein epileptisches Mädchen in Beobachtung, an dem sich die von B. aufgeführten Symptome in vollkommen klarer Weise demonstriren lassen; auch in diesem Falle trat am 9. Tage eine entschiedene Wendung zur Besserung ein.

H. B. Obersteiner.

Die Untersuchungsmethode des Centralnervensystems des Menschen.

Von Prof. W. Betz in Kiew. (Max Schulze's Archiv IX. B. 1. H.)

Die schönen und lehrreichen Gehirnpräparate des Prof. Betz, mit denen er erst vor Kurzem an die Oeffentlichkeit getreten ist, haben durch ihre Grösse und Feinheit mit Recht allgemeines Aufsehen erregt. In vorliegender Arbeit beschreibt er genau die Methode, nach welcher es ihm möglich war, solche Präparate anzufertigen; trotzdem müssen wir es für eine falsche Ansicht erklären, wenn er meint, nur der Methode seine vollendeten Schnitte zu verdanken und nicht der individuellen Fertigkeit und Geschicklichkeit.

Die zu härtenden Stücke des Gehirnes oder Rückenmarkes werden in eine hellbraune Jodlösung (Jod in 75—80percentigem Spiritus) gelegt; nach einigen Tagen präparirt man die Pia mater sorgfältig ab und setzt, da sich die Lösung unterdessen entfärbt haben wird, wieder einige Tropfen starker Jodlösung zu. Dieses Verfahren setzt man so lange fort, bis eine weitere Entfärbung der Flüssigkeit nicht mehr stattfindet.

Hierauf bringt man das Präparat in eine Lösung von doppeltchromsaurem Kali (3 : 100) und lässt es an einem kühlen Orte bis zur vollständigen Härtung in derselben. Eine gleichmässige Färbung des Präparates am Querschnitte ist das sicherste Zeichen der gelungenen Härtung. Hierauf kann man das Präparat noch Monate lang

in einer $^1/_2$ — 1procentigen Lösung von doppeltchromsaurem Kali aufbewahren.

Die Schnitte wurden unter einem constanten Flüssigkeitsstrahle mittelst eines convex-concaven Rasirmessers ausgeführt.

Andere Stücke wurden mittelst der Oelwachsmasse in einem metallenen Hohlcylinder eingebettet, dessen Boden in die Höhe geschraubt werden kann, und dann die über den Rand hervorragende beliebig dünne Scheibe mit dem Messer abgetragen.

Die Färbung geschieht mittelst carminsauren Ammoniaks, die Aufhellung in verharztem Terpentin.

Die in Damarlack eingeschlossenen Präparate erhalten um den Rand des Deckgläschen herum einen Rahmen von Schelllack, der durch Anilin blau gefärbt ist.

Bei der Weltausstellung wird Allen Gelegenheit geboten werden, in den schönen Präparaten des Prof. Betz nicht bloss seine eben beschriebene Methode, sondern auch seine ganz besondere Geschicklichkeit zu bewundern.

H. B. Obersteiner.

Doppelter Centralkanal.

Von Séguin.

(The american Journal of the med. science 1872, Nr. 128 — Mouvement médic. 1873, 9.)

Im Rückenmarke eines an allgemeiner Paralyse verstorbenen Kranken fand Séguin in der Ausdehnung der Nackenanschwellung zwei Centralkanäle mit vollkommen erhaltenem Epithel. Der eine dieser Kanäle hatte einen Transversaldurchmesser von 0·49 Mm., einen Längendurchmesser von 0·18 Mm., der andere von 0·07 und 0·12 Mm. Zwischen beiden fand sich eine „formlose Masse von Zellen, wie man sie gewöhnlich in der Nähe des Centralkanals antrifft."

H. B. Obersteiner.

Ein Fall von Kleinhirnerweichung.

Von Landouzy (Mouvement méd. 1873, 7).

In der Sitzung vom 8. Februar der Société de biologie zeigte L. das Kleinhirn einer Frau, welche in Folge eines apoplectischen Anfalles mit linksseitiger Hemiplegie, Deviation des Gesichtes und der Augen nach links gestorben war. — Seit 3—4 Monaten litt die Kranke an Herzklopfen, am 15. December wurde sie ohnmächtig, erbrach, gewann aber bald wieder das Bewusstsein. Am 2. Februar

d. J. neuer Anfall mit Erbrechen, unwillkürlichen Harn- und Stuhlentleerungen; der Kopf ist nach links verzogen, die Augen deviiren sehr stark nach links, die beiden linken Extremitäten sind vollkommen gelähmt.

Dieser Zustand dauerte bis zum 4. Februar, an welchem Tage die Kranke starb.

Bei der Section fand sich eine Verdickung der Mitralklappe, Obliteration der rechten Art. vertebralis (durch einen Embolus?) und Erweichung des rechten Kleinhirnlappens.

H. B. Obersteiner.

Lipome des Gehirnes.

Von Chouppe.

(Archives de Physiologie norm. et pathol. 1873, 2. Heft.)

Seit mehreren Jahren litt die Kranke an heftigem, periodischem Kopfschmerz, besonders am Hinterkopfe; in den letzten Tagen vor ihrer Aufnahme nahmen die Schmerzen zu; Erbrechen, Palpitationen, Ohnmachten stellten sich ein, leichte Parese des Gesichtes und der Extremitäten rechterseits war nachzuweisen.

Die Section zeigte drei isolirte Tumoren im Schädelraum, der erste $1^1/_2$ Ctm. lang, 1 Ctm. breit, erstreckte sich neben dem rechten N. olfactorius, die beiden anderen zu jeder Seite der Mittellinie an der Oberseite des Balkens, der rechte 3 Ctm., der linke kaum 1 Ctm. lang. Alle drei Tumoren sassen oberflächlich, ohne in die Tiefe einzudringen und bestanden aus echtem Fettgewebe.

Aus den wenigen in der Literatur verzeichneten Fällen von Lipomen des Gehirnes geht hervor, dass diese Geschwulstform eine besondere Vorliebe für das Corpus callosum zeigt.

H. B. Obersteiner.

---

18. Jahresbericht des Nord-Ohio-Asyls für das Jahr 1872.

(Northern Ohio Lun. Asylum).

Eine kurze Zeitungsnotiz brachte auch zu uns die Kunde von dem grossen Feuer, welchem am 25. September 1872 ein Theil dieser Anstalt zum Opfer gefallen war. Nähere Details über diesen Unglücksfall erfahren wir aus diesem Berichte, besonders aus den Mittheilungen des Superintendenten J. M. Lewis.

Die Zerstörung eines bedeutenden Theiles des Gebäudes, dabei die Verwirrung der Kranken, die unvermeidliche Unterbrechung im

regelmässigen Gange der Geschäfte und endlich der Verlust von fünf Menschenleben — dies alles zusammengenommen ist ein Missgeschick, das sich mit Worten nicht ausdrücken lässt.

Wahrscheinlich entstand das Feuer durch die Ungeschicklichkeit eines Maschinisten und konnte wegen mangelhafter Füllung der Wasserbehälter und in Folge von Fehlern in den Wasserleitungsventilen so grosse Dimensionen annehmen.

Augenblicklich nach Ausbruch des Feuers wurden die Kranken im Freien versammelt und so viel zu deren Sicherung und Bequemlichkeit gethan, als die herrschende Verwirrung und Aufregung erlaubten. Die meisten wurden unterdessen in dem benachbarten Newburgh so gut als es anging untergebracht.

Wenige von den Kranken entliefen und wurden mit ein oder zwei Ausnahmen bald wieder eingebracht.

Durch die eifrigen Bemühungen der Behörden dürfte übrigens die Anstalt baldigst wieder im Stande sein 250 Kranke aufzunehmen, während sonst 3—400 Kranke Platz fanden.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 5. April 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Prof. Dr. Meynert: Zur Mechanik des Hirnbaues.
2. Prof. Dr. Leidesdorf: Ueber einen Fall von saturniner Epilepsie und Psychose.
3. Primarius Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber die öffentlichen Massregeln gegen den Alkoholismus in Frankreich, England, Amerika.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. April 1873. Nr. 4.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 5. April 1873. — Boll. Die Histologie und Histogenese der nervösen Centralorgane. — Eliza Walker. Ueber Verstopfung der Hirnarterien. — Meschede. Heterotopie grauer Hirnsubstanz. — Seitz. Der Hydrocephalus acutus der Erwachsenen. — 17. Jahresbericht des State Lunatic Hospitals zu Northampton. — Ewald Hecker. Das Lachen in seiner physiologischen und psychologischen Bedeutung. — Mac Dowall. Geistesstörung mit progressiver Muskelatrophie. — Jolly. Ueber Gehörshallucinationen.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Sitzung vom 5. April 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Herr Prof. Dr. Leidesdorf verliest einen Brief des Herrn Director Prof. Schlager, in welchem dieser seinen Austritt aus dem Vereine anzeigt.

Auf Antrag des Herrn Dr. Flechner, es möchten von Seite des Vereins Schritte geschehen, diesen Entschluss rückgängig zu machen, oder wenn das nicht beliebe, möchte wenigstens Herrn Director Schlager das Bedauern ausgesprochen werden, dass er nun zu einer Zeit und in einer Stellung, wo der Verein rege Förderung von ihm erwarten konnte, austrete, bemerkt der Vorsitzende, dass über den ersten Theil des Antrages in der letzten Sitzung des Verwaltungsrathes ablehnend beschlossen wurde. Der zweite Theil des Antrags wird mit 6 gegen 5 Stimmen angenommen.

Herr Regierungsrath Prof. Beer erwähnt, im Anschlusse an die in den letzten Tagen bekannt gewordene Nachricht von dem Ableben Dr. Morel's, in kurzen Zügen dessen verdienstvolle Wirksamkeit und fordert die Versammlung auf, durch Erheben von den Sitzen ihre Theilnahme auszudrücken und bittet das Präsidium an die Société médicale den Ausdruck dieser Theilnahme zu übermitteln.

Herr Prof. Meynert ersucht Herrn Regierungsrath Beer, seiner Zeit in ausführlicherer Weise die Bedeutung Morel's zu besprechen.

Herr Prof. Dr. Meynert hält seinen Vortrag: „Zur Mechanik des Hirnbaues."

Die Grosshirnhemisphären, in welchen die durch das Projections-System von Aussen zugeführten Erinnerungsbilder aufbewahrt sind, werden durch das Balkensystem so mit einander verbunden, dass symmetrische Punkte der Rinde im Zusammenhange stehen. Die von Foville vertretene Ansicht, dass der Balken in den Hemisphären einen gekreuzten Theil des Stabkranzes darstelle, der in die Ganglien eingehe, lässt sich bei sorgfältigster anatomischer Präparation und mikroskopischer Untersuchung nicht aufrechterhalten.

Das Zustandekommen associirter Bewegungen, wie sie z. B. das Greifen mit beiden Händen nach einem seitwärts gelegenen Gegenstand darstellt, wo bei dem einen Arme die Strecker, bei dem anderen die Beuger innervirt werden, liesse sich durch eine theils gekreuzte, theils ungekreuzte Stabkranzbündel voraussetzende Theorie allerdings leicht erklären. Wir müssen aber nach Obigem einen anderen Mechanismus dafür aufzufinden suchen. Bleiben wir bei dem Beispiele der Greifbewegung nach links; zuerst wird diese Bewegung durch die Bahn der Haube und vom Sehhügel aus reflectorisch zu Stande kommen, indem dort, wie Schiff experimentell und Meynert klinisch gezeigt hat, die Beuger gekreuzt, die Strecker der oberen Extremitäten ungekreuzt vertreten sind. Dieser Vorgang setzt nun in der linken Hemisphäre Innervations-Gefühle, deren Erinnerungsbilder bei genügend intensivem Ueberschreiten der Schwelle des Bewusstseins nun die vor dem reflectorische Bewegungsform als bewusste (gewollte) reproduciren. Es wird von den Hemisphären der Impuls ausgehen, welcher, durch Stabkranzbündel den äussern Ganglien (Streifenhügel und Linsenkern) übermittelt, nach abwärts durch die Bahn des Hirnschenkelfusses zum Rückenmark geleitet wird. Durch die Pyramidenkreuzung kommen sämmtliche Bündel, welche die linken äusseren Ganglien passiren, in den rechten Vorderseitenstrang des Rückenmarkes.

Hier muss, da die Strecker der linken Extremität in der primären, reflectorisch erregten Bewegungsform ungekreuzt vertreten waren, zur bewussten Reproduction der gleichen Bewegungsform nothwendig eine Rückkreuzung der sie vertretenden Fasern stattfinden, während die für die Beuger der rechten Seite bestimmten, demnach gekreuzt wirkenden Bündel auf dieser Seite verbleiben. In der vorderen Commissur des Rückenmarkes nun haben wir eine Bahn, welcher diese Function der Rückkreuzung höchst wahrscheinlich zukommt.

Ganz gleich verhält es sich, um noch ein Beispiel anzuführen, bei den seitlichen Blickbewegungen mit beiden Augen, wo Abducens und rect. internus zusammen functioniren. Hiebei vertritt der Abdu-

cens gleichsam die Streckseite des Auges und werden bestimmte zwischen den Abducenskernen über die Raphe laufende gekreuzte Fasern die Stelle der sich zwischen den motorischen Rückenmarkskernen kreuzenden vorderen Commissur vertreten.

Herr Prof. Dr. Leidesdorf spricht über folgenden Fall von saturniner Epilepsie und Psychose.

J. W. 25 J. alt, Anstreichergehilfe, hat im vorigen Jahre eine Bleikolik überstanden und leidet seit einiger Zeit an Gliederzittern.

Acht Tage vor der Aufnahme auf die psychiatrische Abtheilung hat Patient hintereinander acht epileptische Anfälle gehabt, in Folge deren sein Gemüthszustand ein ungemein gedrückter und ängstlicher wurde. Furcht vor baldigem Tode, Vorstellungen verfolgt und verlassen zu sein versetzten ihn in eine grosse andauernde Aufregung.

Bei seiner Aufnahme ist Pat. nicht im Bette zu halten, spricht unzusammenhängend und hat Tremores. Er ist von fahlem, dyskrasischem Aussehen, Gesicht und Schleimhäute der Lippen und des Rachens blass, Zahnfleisch missfärbig, übler Geruch aus dem Munde.

Die Extensoren der oberen Extremitäten sind gelähmt, die Pupillen gleich weit, die Sprache deutlich, die Zunge wird zitternd vorgestreckt.

An den Lungenspitzen Katharrh und bronchiales Athmen, geringe Dämpfung, Herztöne rein, scharf, metallisch klingend, Puls klein, gespannt 74. Unterleib etwas ausgedehnt empfindlich, Blase muss wegen Parese des Detrusor vesicae künstlich entleert werde. Harn alkalisch, nicht eiweisshältig, auch die mikroskopische Harnuntersuchung liess keine Nierenerkrankung erkennen.

Der Kranke ist grösstentheils unbesinnlich, kriecht auf dem Boden herum, thut als ob er denselben anstreichen wollte.

Trotz der scheinbaren Aehnlichkeit mit Delirium potatorum konnte doch leicht bestimmt werden, dass man es mit einer saturninen Encephalopathie zu thun habe.

In der Nacht vom 3. auf den 4. Tag nach der Aufnahme stellten sich epileptische Anfälle von 5—6 Minuten langer Dauer ein, welche sich in kurzen Intervallen wiederholten; die Pupillen erweiterten sich beträchtlich, reagirten nicht auf Lichtreiz, es schien Amaurose vorhanden, konnte aber wegen des bald eingetretenen soporösen Zustandes nicht mit Sicherheit eruirt werden.

Der Tod trat am 5. Tage nach der Aufnahme, am 13. nach der Erkrankung unter zunehmendem Sopor ein.

Die Diagnose wurde auf Anämie et Oedema cerebri, sowie auf Lungentuberkulose gemacht und durch die von Herrn Dr. Kundrat vorgenommene Section vollinhaltlich bestätigt. Die vom Vortragenden sorgfältig vollführte mikroskopische Untersuchung der Gehirnhäute und der Gehirnsubstanz, sowie der Gefässe ergab nichts Abnormes.

Die vom Vorstande des pathol.-chemischen Institutes Dr. Klauser vollführte chemische Analyse ergab geringe Mengen von Blei im Harn und im Gehirne.

L. hebt die für die Differenzialdiagnose zwischen Delir. potatorum und paralytischer Geistesstörung wichtigsten Momente hervor; er weist nach, dass in diesem Falle die epileptischen Anfälle, zu welchen sich bald Coma und wahrscheinlich Amaurose gesellt hatten, nicht als urämische Erscheinungen aufgefasst werden konnten, da ein normaler Harn in hinreichender Quantität secernirt wurde; widerlegt die bezüglich der Epilepsie bei Bleiintoxication von Traube aufgestellte Hypothese und schliesst sich Rosenstein's, theilweise auch der Ansicht Heubel's an, dass die Gehirnanämie die epileptischen Anfälle bedinge, ob aber diese Anämie durch Einwirkung des Bleis auf die Hirngefässe, wie ersterer auf die Versuche Gusserow's gestützt oder durch Oedem des Gehirns, wie letzterer meint, oder auf andere Weise zu Stande komme, müsse noch dahingestellt bleiben.

In der an diesen Vortrag sich knüpfenden Discussion bemerkt Herr Regierungsrath Professor Beer, dass er im allgemeinen Krankenhause sehr häufig Encephalepathia saturnina beobachtet und auch mehrere Fälle veröffentlicht habe, aus welchen hervorgehe, dass meist nach längerem Bestehen der Bleiintoxication, wenn schon Kolik vorhergegangen, die cerebralen Symptome auftreten; er macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass es von grossem praktischen Einflusse bei Behandlung der Psychopathien sei, auf etwaige im Gewerbe des Patienten begründete ätiologische Momente sein Augenmerk zu richten. Er erwähnt, wie gerade Morel die besonders in den hereditären Folgen hervortretende verderbliche Wirkung des Bleis betont.

Herr Prof. Meynert hält es für naheliegend, dass eine ähnliche directe Beeinflussung durch das Blei, wie man sie für die Darm-Musculatur annehme, auf die Muskeln der Gefässe stattfinde und so die Erkrankung des Central-Nervensystems zu Stande komme.

Herr Prof. Leidesdorf berichtet, dass in das Comité für Vorarbeiten für den internationalen ärztlichen Congress noch zwei Mitglieder gewählt werden müssen, da Herr Primarius Maresch die in der vorigen Sitzung auf ihn gefallene Wahl in einem heute eingelaufenen Schreiben ablehnt. Es wurden gewählt Herr Prof. Beer mit 7 Stimmen und in einer engern Wahl zwischen Hrn. Dr. Flechner und Herrn Dr. Witlacil, der letztere mit 6 Stimmen.

Zum wirklichen Vereinsmitgliede wurde vorgeschlagen und gewählt Herr Dr. Keppelmeyer, Secundar-Arzt an der Landes-Irrenanstalt in Linz.

Dr. C. Höstermann, Schriftführer.

Die Histologie und Histogenese der nervösen Centralorgane.

Von Dr. Franz Boll.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. IV. Bd. 1. H.)

Verfasser vereinigt in diesem einzigen Aufsatz die Gesammtresultate seiner mehrjährigen Untersuchungen über den Bau des Centralnervensystems, die, obwohl vor allem mit Rücksicht auf die Structur der Bindesubstanz angestellt, begreiflicherweise auch auf die nervösen Elementarbestandtheile ausgedehnt wurden.

Wir können weder alle Einzelheiten des 136 Seiten langen Aufsatzes hier wiedergeben, noch uns mit Ausnahme einiger weniger Punkte in eine Kritik der angeführten Resultate einlassen.

I. Das Bindegewebe der nervösen Centralorgane.

Für die richtige Auffassung der in den Centralorganen verbreiteten Bindesubstanz ist eine Art von Zellen von grösster Bedeutung, die sich in allen Zweigen der Centralorgane, weisser und grauer Substanz (mit einziger Ausnahme der Retina) vorfindet.

Macerirt man frisches Rückenmark des Ochsen einige Tage in verdünnter Chromsäurelösung, so kann man durch Zerzupfen eine Menge dieser Zellen isoliren. Bei den meisten ist der Zellleib selbst verschwindend klein, dafür treten die Fortsätze desto mehr hervor. Jede dieser mit einem deutlichen Kerne ausgestatteten Zellen sendet eine sehr beträchtliche Anzahl feinster, wahrscheinlich ungetheilter und ziemlich geradliniger Fortsätze, aus, die gewöhnlich zu Büscheln vereinigt nach verschiedenen, oder nur zwei Seiten ausstrahlen, oder endlich hauptsächlich an einem einzigen Pole der Zelle aufsitzend derselben die Form eines Pinsels geben (Pinselzellen).

Alle feineren und gröberen Septa des Rückenmarkes, die von der Peripherie nach der centralen grauen Substanz ziehen, und deren Zweige die Nervenfasern zu Bündeln vereinigen, sind aus diesen eben beschriebenen Zellen zusammengesetzt, und führen theilweise Gefässe mit, die äusserlich, gleichsam als Adventitia von einem Zuge derselben Zellen begleitet sind; die letzteren entsenden ihre Fortsätze nach einer oder zwei mit der Längsrichtung des Gefässes zusammenfallenden Seiten hin.

Vergleicht man die Bindegewebssubstanz in der Markmasse des Gehirnes mit der eben beschriebenen in der weissen Substanz des Rückenmarkes, so lässt sich leicht an beiden eine Einheit des Structurprincipes nachweisen. An beiden angeführten Orten sind zwischen den einzelnen Nervenfaserbündeln Zellenketten eingeschaltet, deren Längsrichtung dem Faserverlauf der Nerven parallel gerichtet ist.

Ausser diesen Zellen scheint noch zwischen den Nervenfasern eine feinkörnige Substanz vorzukommen.

Die nachweisbaren Unterschiede aber sind folgende: 1. ist im Rückenmarke, wo das Kaliber der Nervenfasern ein viel beträchtlicheres ist, die Durchwachsung der Nervenmasse durch die bindegewebigen Zellen und deren Ausläufern eine viel ausgebildetere als im Gehirn, so dass dort die letzten von Bindegewebe umsponnenen Bündel selten mehr wie 5—6 Bündel umfassen, während im Gehirn etwa 50 Nervenfasern zu einem Strange abgegränzt werden. 2. ist an den Bindegewebszellen des Gehirnes der Zellleib ziemlich kräftig entwickelt, während die Fortsätze meist lange nicht die Anzahl und die Länge erreichen, wie im Rückenmarke und oft sehr weich, platt und bandartig erscheinen.

Weniger klar sind die Ansichten des Verfassers über die der grauen Substanz eigenthümliche Grundsubstanz, die er für bindegewebig hält.

II. Untersuchungen über die Elementartheile des Centralnervensystems.

1. Das Rückenmark. Die Angaben über das von Gerlach entdeckte Netz feinster Fasern werden folgendermassen erweitert. Fast auf dem ganzen Querschnitt des Rückenmarkes lässt sich ein feinstes Netz nervöser Fibrillen nachweisen, welches am stärksten in der eigentlichen Hauptsubstanz der grauen Hörner entwickelt ist, an den Gränzen derselben etwas spärlicher wird, indem an die Stelle der gleichmässig polygonalen Maschen langgestrecktere Maschen treten und sich in dieser Gestalt zum Theil in die von der grauen und der weissen Substanz eindringenden Septa fortsetzen. Auch auf dem Querschnitt der weissen Säulen selbst lassen sich, wenn auch nicht in überwiegender Anzahl, feinste horizontal verlaufende Nervenfibrillen zwischen den grossen Nervenfaserquerschnitten nachweisen, und endlich in der dünnen grauen Rindenschicht ist die netzartige Anordnung dieser feinsten Nervenfasern, die bis an die freie Oberfläche des Centralorgans vordringen können, wieder völlig deutlich nachzuweisen.

Hinsichtlich der Ganglienzellen des Rückenmarkes enthält diese Arbeit wenig Neues; Boll fixirt nur seinen Standpunkt gegenüber den Angaben Deiter's und Gerlach's.

2. In Bezug auf die weisse Substanz des Gehirnes ist nur zu bemerken, dass auch in dieser eine ziemlich beträchtliche Anzahl von kleinen Ganglienzellen vorkommt; mehrmals konnte B. einen Fortsatz derselben in eine markhaltige Nervenfaser übergehen sehen.

3. Die Rinde des Kleinhirnes. Auch auf diesem Gebiete wird wenig Neues gebracht.

Gleich den Zellen der Vorderhörner stehen die Purkinje'schen Zellen in zweierlei Weise mit nervösen Fasern in Verbindung; einmal mit je einer starken markhaltigen Primitivfaser, welche aus dem in die Körnerschichte sich einsenkenden Axencylinderfortsatz hervorgeht; zweitens durch ein feines nervöses Netzwerk, welches sich aus den letzten Enden der verästelten Fortsätze entwickelt und aus welchem alsdann in der Körperschichte stärkere Nervenprimitivfasern sich zusammensetzen. — In der moleculären Schichte sollen keine Ganglienzellen vorkommen; die Bedeutung der Körnerschichte wird nicht berücksichtigt.

Ebenso scheint das vom Ref. ziemlich genau beschriebene Verhalten der Bindesubstanz im Kleinhirn nicht in das allgemeine Schema des Verf. zu passen, da die betreffenden Arbeiten wohl citirt, über die an erwähnten Orten angegebenen Thatsachen aber gar nichts vorgebracht wird, so dass das Bindegewebe des Kleinhirns, obwohl am besten bekannt, hier am schlechtesten bedacht erscheint.

4. Die Rinde des Grosshirnes. Auch hier bewährt sich hinsichtlich der Ganglienzellen und ihrer Fortsätze dasselbe, am Rükkenmarke und am Kleinhirne dargethane anatomische Grundprincip; Verfasser findet also auch das von Gerlach (med. Centralbl. 1872, S. 273) beschriebene feinste Netz.

III. Die perivasculären und epicerebralen Räume.

Boll unterscheidet um die Gefässe zweierlei Räume, 1. den adventitiellen Lymphraum, der dadurch entsteht, dass die Adventitia der Gehirngefässe sich durchwegs von der Media abhebt und so zur Bildung des Raumes Anlass gibt; 2. den eigentlichen perivasculären Raum ausserhalb der Adventitia. Durch diese Thatsache, die Ref. übrigens bereits seit einiger Zeit kennt, da sich mitunter an manchen Gehirnschnitten, besonders aber im Rückenmarke beide neben einander sehr deutlich zeigen, wird eine grosse Verwirrung gelöst, indem verschiedene Forscher den einen oder den andern der beiden ebengenannten Räume als perivasculären Raum beschrieben.

Die äussere Oberfläche der Adventitia ist stets mehr oder minder vollständig von den anfangs geschilderten sog. Deiters'schen Zellen überzogen; sehr häufig sind es Pinselzellen; der Stiel des Pinsels ragt dann frei gegen die Gehirnsubstanz hinaus, so dass die Gefässe, wenn sie noch mit der Adventitia versehen sind, ein rauhes zottiges Ansehen darbieten.

Uebrigens erklärt Boll die äusseren perivasculären Räume, wie die pericellulären nur für Kunstproducte; bezüglich der letzteren gibt er zu, dass ihre Injection unter „nur einigermassen starkem Injectionsdrucke“ gelingt; ich muss darauf hinweisen, dass ich den von mir angewendeten Injectionsdruck mit Hilfe des Hering'schen Apparates genau bestimmen und auf 20—30 Mm. Quecksilber fixiren

konnte. Die Beschreibung der Gränzmembran des Cerebellum und der von ihr abgehenden Fasern bietet nichts wesentlich Neues.

IV. Die Entwicklung der nervösen Centralorgane.

Ohne Zweifel ist dieses das werthvollste Kapitel der ganzen Arbeit. Die diesbezüglichen Untersuchungen sind an Hühnchen angestellt; die früheren Theorien, wie z. B. die Gliareisertheorie von Besser u. A. wurden mit mehr oder weniger Recht fast gänzlich ignorirt.

Am 3. oder 4. Tag der Bebrütung zeigt sich das Gehirn als aus einer zarten Protoplasmamasse bestehend, in welcher dicht und regellos zahlreiche Kerne eingestreut sind. Die einen derselben besitzen einen bläschenförmigen Zellenleib, ihr Protoplasma ist ausserordentlich feinkörnig und das Kernkörperchen scharf hervortretend; die zweiten hingegen stellen weniger regelmässige ovale Kerne dar — keine Zellen — mit deutlichem doppeltem Contour.

In dem nächsten Stadium beginnen die erstbeschriebenen Zellen bereits die ersten Anlagen zu Fortsätzen zu treiben und sich dadurch deutlich als die künftigen Ganglienzellen zu charakterisiren; im weiteren Verlaufe entwickeln sich diese Fortsätze immer mehr und mehr. Andererseits zeigt die granulirte Zwischensubstanz an einzelnen Stellen eine eigenthümliche regelmässige Anordnung der einzelnen Granula in kleinen Reihen und zu Reiserchen, sie erscheinen in einer halb und halb regelmässigen Anordnung mit einander verklebt und verbunden; es bildet sich aber jene Zwischensubstanz heraus, welche im Erwachsenen das zarte Aussehen des „frischgefallenen Reifes" darbietet. — Bei diesem Vorgange werden die einzelnen Granula grösser und verlieren ihre runde Form, sie werden oval, länglich, stäbchenförmig.

Boll sieht in dieser Structurveränderung das Resultat der formativen Thätigkeit der die Masse der Zwischensubstanz ursprünglich zusammensetzenden, protoplasmatischen bindegewebigen Embryonalzellen; wie an anderen Stellen Bindegewebsfibrillen und interfibrilläre Massen, producirt hier das Protoplasma jene körnige Zwischensubstanz, die wesentlich aus eiweissartiger Masse besteht.

Die Entwicklung der Nervenfasern der weissen Substanz aus Zellen lässt sich sehr gut verfolgen. Spindelförmige Zellen ziehen sich an zwei entgegengesetzten Polen zu varicösen Fasern aus, welche den Fortsätzen an den embryonalen Ganglienzellen vollkommen gleichen. Der ovale Kern schwindet, ohne dass sich über sein Schicksal etwas aussagen liesse.

Weniger klar ist die Entwicklung der Markscheide um diese nackten Axencylinder zu beobachten. Schon am 16. Tag der Bebrütung zeigen sich zwischen den Nervenfasern dunkle Körnchen.

Die Menge dieser fettigen Körnchen nimmt immer mehr zu, bis sie endlich gegen Ende der Bebrütung und später confluiren und so die Markscheiden darstellen.

Gleichzeitig mit den ersten Anfängen dieser Körnchenansammlung treten auch in der weissen Substanz freie Körnchenzellen auf; dieselben sind ganz mit Fetttröpfchen imprägnirt und durchziehen unter lebhaften amöboiden Bewegungen die weisse Substanz nach allen Richtungen; durch diese Zellen werde das im Blute und in den Geweben bereitete Materiale für die Bildung der Markscheiden aufgenommen, fortgetragen und in die Interstitien der nackten Axencylinder deponirt.

Ausser den histogenetischen Thatsachen bringt diese Arbeit demnach hauptsächlich den Versuch, die vom Verfasser früher (Max Schulze's Archiv VII.) mitgetheilte Auffassung der Bindesubstanz auch für die Centralorgane des Nervensystems zu verwerthen.

H. B. Obersteiner.

Ueber Verstopfung der Hirnarterien.

Von Eliza Walker.

(Inaugural-Dissertation. Zürich 1872. — 107 S.)

Die Verfasserin hat fleissig zusammengetragen, was über den Gegenstand zu finden war; demgemäss besteht ihre Arbeit auch grösstentheils aus Krankengeschichten. Von diesen sind 14 bisher nicht veröffentlichte ausführlich mitgetheilt, 121 ältere aber recht übersichtlich in Tabellen zusammengestellt.

Bei der Vielgestaltigkeit derselben lässt sich hier nicht darauf eingehen, von weiterem Interesse ist aber vielleicht eine Statistik der betroffenen Arterien (p. 10 und 11).

Embolien und Thrombosen konnten dabei leider nicht auseinandergehalten werden, was wegen der als häufiger angegebenen rechtsseitigen Erkrankung gewiss interessant gewesen wäre.

Einseitig:

rechts		links	
Art. f. sylv.	36	Art. f. sylv.	21
» carot. int. mit A. f. sylv.	1	» carot. int. mit A. f. sylv.	12
» carot. int.	3	» carot. int.	3
» carot. comm.	1	» carot. comm. . . .	1
» prof. cereb.	2	» vertebr.	1
Emb. einer rechten Art. wahrscheinlich	2	» vertebr. mit A. f. sylv.	1
	45	» prof. cereb. . . .	2
		Emb. einer link. A. wahrsch.	2
			43

Art. basilaris	6
» foss. sylv. rechts oder links nicht angegeben	5
Doppelseitig:	
Beide Art. foss. sylv.	3
» » » » sehr wahrscheinlich	2
» » carot. intern.	4
Art. f. sylv. sin. und A. vert. dext.	1
Verschiedene kleinere Arterien auf beiden Seiten des Hirnes	2
Art. f. sylv. dext. und Art. basil.	1
Beide Carotid. mit Art. basil.	1
Mehrere Arterien der Pia	1
Mehrere Hirnarterien entweder verstopft oder hochgradig atheromatös	7
	22

Dr. J. Krueg.

Beitrag zur Geschichte der Embolie der Vertebral-Arterien (Tribut à l'histoire des artères vertébrales).

Von Dr. A. Huret.

(Paris, Adrien Delahaye, 1873, 8. 69 S., 2 Taf.)

Gestützt mehr auf anatomisch-physiologische, als auf klinische Erfahrungen, von denen er eigentlich nur den von ihm selbst beobachteten Fall gelten lässt, entwickelt der Verfasser die Symptomatologie der reinen Embolie der Vertebral-Arterien.

Plötzlich eintretende Beschwerden bis zur Functionsunfähigkeit beim Kauen, Schlingen und Sprechen nach Art der vollendeten Paralysis labio-glosso-laryngea von Duchenne. Weder Bewusstlosigkeit noch Convulsionen. Wegen der Unmöglichkeit zu schlingen sammelt sich Schleim und Speichel rückwärts im Munde an. Nahrungspartikel gelangen durch die halboffene Stimmritze häufig in den Kehlkopf und verursachen Erstickungsgefahr. Herzbewegung tumultuarisch. Ataxie bis Parese der Extremitäten gleichseitig, gekreuzt oder beiderseits; Hyperästhesie gleichseitig Anästhesie auf der entgegengesetzten Seite (theoretisch). Tod wenn der Vaguskern mit ergriffen wird.

Alle diese Symptome sind natürlich nicht pathognomonisch und lassen sich im gegebenen Falle kaum oder höchstens durch Nebenumstände von einer Thrombose oder Hämorrhagie in derselben Gegend unterscheiden.

Da eine sichere Diagnose erst durch die Autopsie gemacht werden kann, so ist begreiflich, dass bisher alle wohl constatirten Fälle tödtlich ablaufen mussten.

Die vier gesammelten Fälle betreffen alle nur linksseitige Embolie; Verf. sucht eine anatomische Erklärung dafür und glaubt sie darin zu finden, dass die linke Vertebralis von weiterem Kaliber und in geringerem Grade rückläufig ist als die rechte, was durch die beigegebene Zeichnung nicht besonders bekräftigt wird.

Dr. J. Krueg.

Heterotopie grauer Hirnsubstanz im Markstamme der Hemisphären des kleinen Gehirnes.

Von Fr. Meschede. (Virchow's Archiv LVI. Bd.)

Innerhalb dreier Jahre hatte Verf. dreimal Gelegenheit, eine Anomalie des Kleinhirnes zu beobachten, die sonst von Niemandem noch beschrieben wurde; es fanden sich nämlich in der Markmasse des kleinen Gehirnes zweimal linksseitig und einmal symmetrisch beiderseitig Anhäufungen von grauer Substanz, die mit der Rinde in keinem Zusammenhange standen. Die beiden ersten Beobachtungen stammen von epileptischen Individuen, die letzte von einem Paralytiker. Die mikroskopische Untersuchung wies zahlreiche blasse, aber deutlich charakterisirte Ganglienzellen nach.

Daran knüpft sich als vierter noch ein ähnlicher Fall von Hyperplasie grauer Hirnsubstanz im Markstamme des Vermis cerebelli (ibid. pag.).

Derartige Heterotopien grauer Substanz im Kleinhirn dürften bei genauerer Beobachtung wohl öfters anzutreffen sein.

Ueber die fettige und fettig pigmentöse Degeneration der Ganglienzellen des Gehirnes in der paralytischen Geisteskrankheit (von dems. Verf. ibid. pag.), und

Ueber graue Degeneration der subcorticalen Medullarsubstanz in der paralytischen Geisteskrankheit (von dems. Verf. ibid. pag.).

Verfasser erinnert abermals an die grosse Bedeutung, welche der Ganglienzellen - Degeneration in der paralytischen Geisteskrankheit zukommt, macht aber die Concession, dass diese Degeneration keine primäre zu sein braucht; hingegen verwahrt er sich gegen die Auffassung dieser Krankheit vom patholog.-anatomischen Standpunkte aus als chronische Meningitis, indem selbst ausgeprägten meningitischen Processen gegenüber die Widerstandsfähigkeit der Ganglienzellen sich bewährt.

Ferner führt M. den Nachweis, dass die Degeneration der Ganglienzellen vorzugsweise eine fettige sei, indem sich die in ihnen enthaltenen feinen, glänzenden Körnchen mit Aether ausziehen lassen. (Der Beschlag, der nach dem Verdunsten des Aethers am Glase bleibt und sich als Fett kennzeichnet, dürfte wohl eher von den gewöhnlichen Hirnfetten herrühren, als von den kleinen Körnchen in den Ganglienzellen.) Ausserdem werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen die subcorticalen Markschichten des Grosshirnes stellenweise einer grauen Degeneration anheim gefallen waren. Dass diese Degeneration ihren Ausgangspunkt nicht von den Gefässen genommen hat, geht daraus hervor, dass sich an diesen keine erheblichen Veränderungen nachweisen liessen; ferner aus dem Umstande, dass gerade die nächsten Umgebungen einzelner Gefässe intact geblieben waren.

Der erste Fall betraf eine Frau, bei der sich nach einer Commotio cerebri eine paralytische Geistesstörung herausgebildet hatte; im zweiten Fall handelt es sich um einen »paralytisch-epileptischen Blödsinn«.

H. B. Obersteiner.

Der Hydrocephalus acutus der Erwachsenen.

Von Joh. Seitz. Zürich 1872.

Der Verfasser hat sich vor Allem die Aufgabe gestellt, die Verwirrung, die noch in der Benennung der verschiedenen, mit Wassererguss in den Schädelraum verbundenen Krankheiten herrscht, zu lösen und erörtert deshalb die Auffassung dieser Zustände von den frühesten Zeiten, von Hippokrates an bis auf die jetzige Zeit.

Indem er das Bestehen eines idiopathischen selbstständigen Hydrocephalus acutus läugnet, möchte er auch diesen Namen gänzlich verbannt wissen.

30 ausführliche Krankheiten dienen zur Erläuterung des Mitgetheilten.

H. B. Obersteiner.

17. Jahresbericht des „State Lunatic Hospital" zu Northampton.

(Massachusetts, Amerika 1873.)

Diesem sehr fleissig gearbeiteten Bericht ist eine grössere statistische Uebersicht, zusammengestellt vom Superintendenten Pliny

Eearle angefügt, in der Absicht, die Statistik zur Lösung medizinischer und socialer Probleme nutzbringender zu gestalten.

Nach des Verfassers Ausspruch ist diese Statistik nicht bis zu jenem Detail ausgeführt, wie dies öfters in Europa geschieht, und beansprucht daher auch keinen Vergleich mit derartigen Arbeiten.

H. B. Obersteiner jun.

Geistesstörung mit progressiver Muskelatrophie.

Von Mac Dowall.

(Journal of Mental Science, October 1872.)

Verfasser beschreibt zwei Fälle von dieser äusserst seltenen Combination, welche jedoch, wie er selbst zugesteht, viel von ihrem Werthe verlieren durch den Umstand, dass von keinem derselben die Section vorliegt.

In dem ersten Falle trat ein Anfall von Tobsucht auf bei einem Individuum, das in Folge der mit der Muskelatrophie einhergehenden Lähmung der oberen Extremitäten von diesen schon gar keinen Gebrauch machen konnte; eine Verwechslung mit dem paralytischen Blödsinn machte die Anordnung der Lähmungen unmöglich.

Grösseres Interesse bietet der zweite Fall. Derselbe befindet sich seit 5 Jahren in der betreffenden Anstalt, und ist das Krankheitsbild seither immer gleich geblieben; es ist eine ausgesprochene partielle Verrücktheit unter der Form von Verfolgungswahn; die geistigen Kräfte haben wenig abgenommen.

Die Muskelatrophie erstreckt sich über die Nacken- und gesammte Armmuskulatur. Ein 6 Monate vor der Aufnahme stattgehabter Selbstmordversuch hatte schon einmal die Separation des Kranken nöthig gemacht. Als Ursachen des Leidens sind wohl die langjährigen Entbehrungen und geistige Ueberanstrengung anzusehen; auch hier war es die Muskelatrophie, welche mehrere Jahre vor der Psychose ihren Anfang nahm.

A. Pick.

Das Lachen in seiner physiologischen und psychologischen Bedeutung.

Von Dr. Ewald Hecker.

(Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie. 29. Bd. 1873, 6. Hft. p. 629.)

Nachdem einerseits bekannt war, dass Kitzel in schnell auf einander folgenden, kurzandauernden Hautreizen bestehe, anderseits,

dass Hautreize Reizung des Sympathicus mit folgender allgemeiner Gefässverengerung setzen: gelang es dem Verf. den directen Nachweis für die Verknüpfung beider Thatsachen zu liefern. Dafür empfindliche Leute zeigten als Reaction auf Kitzel eine geringe, aber nachweisbare schwankende Erweiterung der Pupille, das Symptom der erfolgten Gefässverengerung.

Im Gehirne entsteht durch die Verengerung der Arterien negativer Druck, der unter andern auch durch Stauung in den Venen compensirbar ist. Diese Stauung kommt leicht durch forcirte Exspirationen zu Stande. Das Lachen, das aus solchen besteht, ist also eine zweckmässige Reflexbewegung, um die durch den Kitzel im Gehirne verursachte negative Druckschwankung zu compensiren, wobei interessant ist zu beobachten, dass wie der Kitzel aus intermittirenden Reizen, so das Lachen aus intermittirenden Exspirationen besteht, obschon natürlich nicht nachzuweisen ist, dass die Intermissionen sich decken.

Voraussichtlich musste das Komische auf dieselbe Weise wirken wie der Kitzel, und es gelang auch dem Verf. dabei die Pupillen-Erweiterung nachzuweisen, wenn auch viel schwieriger, was leicht erklärlich ist durch die Schwierigkeit auf Jemand komisch zu wirken, der darauf vorbereitet ist. Dr. J. Krueg.

Ueber Gehörshallucinationen.

Von Dr. Jolly.

(N. Würzburg. Zeitung Nr. 74.)

Die Beobachtungen, über die er berichtet, beziehen sich auf das elektrische Verhalten des Gehörnerven bei Gehörshallucinanten. Von der Ansicht ausgehend, dass es sich bei der Hallucination um einen Zustand erhöhter Erregbarkeit im Gebiete des betreffenden Sinnesnerven handeln müsse, hatte J. bei einer Anzahl von Kranken, die an dieser Art von Sinnestäuschungen litten, die elektrische Reaktion des Acusticus geprüft. Es war zu untersuchen, ob sich hier die von Brenner gefundenen, für die Hyperästhesie charakteristischen Erregbarkeitsveränderungen nachweisen liessen. Dieselben bestehen zunächst darin, dass der Nerv die erregenden Momente des constanten Stromes (bei Armirung mit der Kathode die Schliessung, bei Armirung mit der Anode die Oeffnung desselben) schon bei geringen Stromstärken mit Klangempfindung beantwortet, sodann darin, dass die Erregbarkeit desselben durch Einwirkung des Stromes selbst rasch anwächst und endlich darin, dass auch der Nerv des nicht armirten Ohres durch den Strom erregt wird und zwar

in der Weise, als ob er sich unter dem Einflusse der entgegengesetzten Elektrode befände. Die Prüfungen, die bei geisteskranken Hallucinanten auf besondere Schwierigkeiten stossen, konnten im Ganzen an 7 derartigen Kranken vorgenommen werden, von denen aber 5 nicht zu hinreichenoer Aufmerksamkeit auf die eintretenden Gehörssensationen veranlasst werden konnten. Von den übrigen 5 zeigte sich bei vieren das Bestehen ausgeprägter Hyperästhesie; sowohl der leichte Eintritt der Klangempfindungen als die paradoxe Reaction des nicht armirten Ohres konnte bei ihnen nachgewiesen werden. Was die letztere betrifft, so war sie bei allen doppelseitig, doch nicht immer für beide Ohren in gleichem Grade vorhanden. In allen vier Fällen waren subjective Geräusche vorhanden, doch nur bei einem continuirlich. Verminderung der Hörfähigkeit war bei zweien vorhanden, bei denen sich auch Veränderungen im Ohr, Trübung und Einziehung des Trommelfells vorfanden. Einer litt an chronischer Entzündung der äusseren Gehörgänge, in denen harte, nur mit Blutung zu entfernende Schuppen von Epidermis und Ohrenschmalz einen fortwährenden Reizzustand unterhielten. Der vierte, bei dem keine Veränderungen im Ohre nachgewiesen werden konnten, hatte das stärkste spontante Ohrenklingen. — Es war nun ferner bei zweien dieser Kranken eine Erscheinung von grossem Interesse, die während der Behandlung der Ohren mit dem elektrischen Strom constatirt wurde und die in gleicher Weise auch bei dem fünften der untersuchten Kranken zur Beobachtung kam, bei dem wegen zu grosser Schmerzempfindlichkeit der Strom nicht hinreichend gesteigert werden konnte, um Klangempfindung zu erzeugen. Bei diesen Kranken traten nämlich während des Elektrisirens Gehörshallucinationen auf und zwar in einer Weise, dass es Anfangs den Anschein hatte, als ob hier an Stelle der einfachen durch Erregung des Acusticus bedingten Klangempfindungen ganze Worte und Sätze gehört würden. Die genauere Untersuchung ergab jedoch, dass dieselben neben den einfachen Klangempfindungen auftraten und deutlich von ihnen unterschieden werden konnten und ferner, dass sie nicht nur bei den sonst Klang erregenden Momenten des Stromes auftraten, sondern besonders dann, wenn man den Strom längere Zeit, sei es mit der Anode, sei es mit der Kathode, auf das Ohr einwirken liess. Es muss dabei angenommen werden, dass diese Hallucinationen als Folge der sensiblen Reizung auftraten, in ähnlicher Weise wie nach einer schon von Köppe gemachten Beobachtung dieselben bei dazu disponirten Kranken auch auftreten, wenn man ihnen den Ohrtrichter einführt oder festhaftende Epidermisschüppchen aus dem Gehörgang mit der Pincette entfernt.

Was die Krankheitsformen betrifft, bei denen die vorstehenden Beobachtungen gemacht wurden, so handelte es sich in dem zuletzt erwähnten Falle um einen activen Melancholiker, der fortwährend von seiner Hinrichtung sprechen hörte und die Stimme seiner ver-

storbenen Mutter und seines Bruders vernahm, die ihn abholen wollten. Ein ähnlicher Fall war der erste von den vier andern, bei welchem Hyperästhesie gefunden wurde. Die drei übrigen betrafen einen Epileptiker, einen Alkoholischen und einen Hypochonder. — Eine therapeutische Einwirkung von Seiten des constanten Stromes auf Häufigkeit und Intensität der Hallucinationen konnte nicht constatirt werden.

Tag und Programm

der nächsten Sitzung wird durch specielle Einladung bekannt gegeben werden.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

28. Juni 1873. Nr. 5 & 6.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Einladung. — Protokoll vom 24. Mai 1873. — Maschka. Sammlung gerichtsärztl. Gutachten. — Holthoff. Der Duodenalkatarrh mit Rücksicht auf die Psychosen. — L. Meyer. Ueber circuläre Geisteskrankheit. — Dagonet. Der Alkoholismus. — Eder. Ein Kleinhirntumor. — Tilling. Zur Casuistik der Kleinhirntumoren. — Sieffert. Ueber die Tumoren des Kleinhirnes. — Fouruier. Experimentaluntersuchungen über die Gehirnfunctionen. — Nothnagel. Experimentelle Untersuchungen über die Functionen des Gehirnes. — Westphal. Ueber einen Fall von intracraniellen Echinococcen. — Dagonet. Ueber Stupor. — Sander. Ueber Erinnerungstauschungen. — Sander. Epileptische Anfälle mit subjectiven Geruchsempfindungen. — Müller. Gehirnsyphilis. — Obermeier. Zur Lehre von der Degeneration des Rückenmarkes. — Riegel. Ein Fall von halbseitiger Verletzung des Rückenmarkes. — Buchwald. Multiple Sklerose des Hirnes und Rückenmarkes. — Erlenmeyer jun. Die Coprophagie der Irren. — Magnan und Mierzejevsky. Ueber die Degeneration des Ependyms und des unterliegenden Gewebes in der allg. Paralyse. — Mandelstamm. Ueber Sehnervenkreuzung und Hemiopie. — Bergmann. Abwesenheit von Aphasie bei ausgebreiteter Zerstörung der vorderen Hirnlappen. — Obermeier. Anwendung des Aethylalkohols bei Geisteskranken.

Einladung.

Der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien beehrt sich, die geehrten Fachgenossen zu gemeinsamen Berathungen über Fachfragen bei Gelegenheit des internationalen Aerzte-Congresses in Wien, der vom 1. bis 7. September tagen wird, freundlichst einzuladen. Er fühlt sich einzig durch den innerhalb eines Quinquenniums nicht wiederkehrenden Zeitpunkt des durch die Weltausstellung mit dem internationalen Aerztetag sich ergebenden Zusammenflusses berufen und verpflichtet, den Impuls zu dieser gewiss für die Ziele der Wissenschaft fördernden Versammlung zu geben.

Als Programmpunkte schlägt er folgende Fragen vor:

1. Welche Methode könnte eine natürliche Eintheilung der Irrsinnsformen am besten erzielen?
2. Empfiehlt sich eine der gegenwärtigen Methoden der Hirnwägung zur allgemeinen Einführung?

3. Welches Vorgehen verhilft dem Irren am ungesäumtesten zu seinem Rechtsschutze?

Sollten andere geehrte Vereine unseres Faches andere Programmpunkte zur Sprache bringen wollen, so wird es Gegenstand einer sofortigen Abstimmung sein, welche Programmpunkte überhaupt zum Stoffe der Berathung gewählt werden.

Eine baldmöglichst an das Präsidium (Prof. Meynert, IX. Lazarethgasse Nr. 14) gerichtete Zusage der geehrten Theilnehmer würde sehr willkommen sein. Die erste Versammlung wird am 1. September stattfinden, Ort und Stunde in der ersten Sitzung des internationalen ärztlichen Congresses bekannt gemacht werden.

Wien, am 18. Juni 1873.

Das Präsidium des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Prof. Meynert. Prof. Leidesdorf.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Hauptversammlung vom 24. Mai 1873.

Vorsitzender: Prof. Leidesdorf.

Anwesende: Herr Vicepräs. Prof. Leidesdorf, Reg.-Rath Beer, Prof. Meynert, Sanitäts-Rath Dr. Gauster, Dr. Flechner, Dr. Haller, Dr. Effenberger, Dr. Maresch, Dr. Obersteiner jun., Dr. Höstermann, Dr. Zippe, Dr. Ruben.

Zu ordentlichen Mitgliedern wurden gewählt: Herr Dr. Ludwig Schlesinger, Secundararzt an der psychiatrischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses und Herr Dr. Cajetan Fink, k. k. Schlossarzt zu Schönbrunn; Herr Dr. Kraft-Ebing in Graz, bisher correspondirendes Mitglied, wurde zum ordentlichen Mitgliede ernannt.

Secretär Dr. Maresch legt den Rechenschaftsbericht über die Vereinsthätigkeit im verflossenen Jahre 1872—73 vor:

„Die erste Vereinssitzung im abgelaufenen Vereinsjahr fand am 6. Juli 1872 statt; es versammelte sich der Verein im verflossenen Jahre im Ganzen zu 7 Monats-Sitzungen und der heutigen Hauptversammlung. Die erste Vereinsversammlung wurde wegen Nichtanwesenheit der beschlussfähigen Anzahl der Mitglieder aufgehoben.

Ausser der Discussion über gefährliche Irre, welche noch vom vorigen Jahre her fortgesetzt wurde und zwei Vereinssitzungen ausfüllte, wurden noch folgende Vorträge (theilweise mit Demonstrationen) abgehalten:

Von Herrn Prof. Meynert 1. über einen zweiten Fall von Sehhügelerkrankung;

2. über die Mechanik des Hirnbaues;

3. Demonstration anatomischer Präparate bei Magnesiumlicht.

4. Von Herrn Prof. Leidesdorf über einen Fall von Epilepsia saturnina.

5. Vom emerit. Direct. Prof. Dr. Lang über Skatophagie in zwei Vereinsabenden.

Das Organ des Vereines lieferte 8 Monatshefte, worunter zwei Doppelnummern. Diese enthielten ausser den Protokollen der Sitzungen mehrere Vorträge in extenso, Referate über Werke und Aufsätze vom psychiatrischen, neuroanatomischen und pathologischen Fache; den vom Herrn Sanitätsrath Dr. Gauster verfassten Nachruf nach dem verstorbenen Director Dr. Carl Spurzheim und das dem Vorstand des Schriftstellervereins „Concordia" vorgelegte Memoire.

Das in der Sitzung vom 26. October gewählte Comité zum Zwecke der Zusammenstellung der Symptome der Gefährlichkeit der Irren hatte das Referat über diesen Gegenstand auf die Tagesordnung der Sitzung am 8. Februar 1873 gesetzt.

Das über Beschluss der Vereinsversammlung vom 30. November 1872 von Herrn Sanitätsrath Dr. Gauster ausgearbeitete Promemoria an den Schriftstellerverein „Concordia" in Wien wegen Unterlassung der Veröffentlichung von Irrsinnsfällen mit Anführung der Namen und persönlichen Verhältnisse wurde vom Präsidium dem Vorstand des Vereines „Concordia" persönlich überreicht.

Das gewählte Comité für die Berathung der Vorbereitung zur Abhaltung eines irrenärztlichen Congresses im Anschluss an den internationalen Aerzte-Congress im September d. J. hat sich seiner Aufgabe entledigt und schlägt vor, obige Einladung sammt Programm an die ausländischen Fachgenossen zu versenden.

Der Verein verlor im verflossenen Vereinsjahre leider durch Ableben mehrere hervorragende Mitglieder.

Vor Allem betrauerte er den Verlust seines hochgeehrten Präsidenten Directors Dr. Spurzheim in Wien, — dann des Directors der oberösterreichischen Landesirrenanstalt zu Linz Dr. Knörlein, — des Directors Dr. Czermak zu Graz und Dr. v. Dreer in Triest, — des emerit. Primararztes der Irrenanstalt in Wien Dr. Michael Ritter von Viszanik.

Ausgetreten aus dem Vereine ist Dr. Ferroni v. Eisenkron, Primararzt des Inquisitenspitales, und der derzeitige Director der Landesirrenanstalt in Wien Prof. Dr. Ludwig Schlager.

Als neugewählte Mitglieder traten in den Verein: Dr. Ludwig Pfleger, derzeit 2. Arzt des Versorgungshauses zu Ybbs; — Dr. Julius Krueg, Assistent der Anstalt in Oberdöbling; — Dr. Keppelmeyer, 2. Arzt der Irrenanstalt in Linz.

Der Verein zählt an ordentlichen Mitgliedern:

a) welche in Wien wohnen 33
b) ausser Wien wohnende 20 zusammen 53.

An correspondirenden Mitgliedern zählt der Verein —, an Ehrenmitgliedern 6. Der Schriftführer Dr. Maresch."

Reg. Rath Prof. Beer fragt an, ob der Vereinsvorstand der „Concordia" auf das übergebene Promemoria eine Antwort gegeben

habe. Der Vorsitzende theilt mit, dass keine Antwort dem Präsidium zugekommen ist.

Sanitätsrath Dr. Gauster betont, dass in letzter Zeit wieder ausführliche Mittheilungen in den Tagesblättern erscheinen und beantragt, neuerliche Schritte zur Hintanhaltung dieses in vielen Fällen den die Anstalt gesund Verlassenden in ihrem Fortkommen bedeutenden Schaden stiftenden Vorganges zu unternehmen. Es wolle das Präsidium bei dem Vorstande neuerdings diese Angelegenheit urgiren; ferner habe er erfahren, dass vielen Tagesblättern von den dem Vereinsvorstand der „Concordia" übergebenen lithographirten Exemplaren des Promemorias keines zugekommen sei.

Reg. Rath Prof. Beer stellt den Antrag, es wolle im Verfolg dieser Angelegenheit das gründlich ausgearbeitete Promemoria dem H. Polizeidirector mit einer motivirten Eingabe vorgelegt werden.

Herr Dr. Höstermann erwähnt einige Fälle, wo entlassene Kranke in Folge der Veröffentlichung ihrer Erkrankung, ihres Namens und persönlicher Verhältnisse Nachtheile in ihrem Erwerbe erfahren haben.

Der Vorsitzende erklärt vorerst Schritte beim Vorstand des Vereines „Concordia" in dieser Angelegenheit machen zu wollen und von dem Erfolge dem Vereine zu berichten.

Sanitätsrath Dr. Gauster trägt die Rechnung der Vereins-Einnahmen und Ausgaben vom verflossenen Jahre vor. Gewählt wurden als Scrutatoren Dr. Obersteiner und Dr. Zippe.

Es wurde zur Wahl der Functionäre geschritten. Gewählt erscheinen: Als Präsident: Prof. Dr. Meynert.

Als Vice-Präsident Prof. Dr. Leidesdorf.

Als Oekonom Sanitätsrath Prim. Dr. Gauster.

Als 1. Secretär Dr. Höstermann.

Als 2. Secretär Dr. Ruben.

Als Verwaltungsräthe Dr. Flechner, Dr. Obersteiner jun., Dr. Zippe und Dr. v. Marczel.

Dr. C. Höstermann, Schriftführer.

Sammlung gerichtsärztlicher Gutachten.

Von Dr. Josef Maschka, k. k. o. ö. Professor und Landesgerichtsarzt in Prag. 4. Folge. Leipzig, Hirschfeld. 1873.

Die Sammlungen gerichtsärztlicher Gutachten des sehr geachteten Verfassers sind hinreichend bekannt und erfreuen sich bei zahlreichen Fachmännern nicht geringer Beliebtheit. Mit vorliegendem Bande erscheint die 4. Reihe derselben, welche die in den Jahren 1853, 1858 und 1867 erschienenen gerichtsärztlichen Gutachten der Prager medizinischen Facultät vervollständigt.

Wir übergehen die interessanten und zahlreichen Gutachten, die nicht unser engeres Wissenschaftsgebiet berühren, und wollen nur jene berühren, die sich mit Fragen aus der gerichtlichen Psychologie beschäftigen. Es sind deren zehn. Von diesen treffen zwei Brandlegungsfälle, sechs Mord oder Mordversuch, einer die Frage ob Zufall oder Mord, einer endlich Selbstbeschuldigung nicht verübten Verbrechens.

Fast aus allen diesen Fällen erhält man leider wieder den Beweis, wie sparsam psychiatrische Einsicht und psychiatrische Kenntnisse unter den Aerzten, ja sogar unter den Gerichtsärzten sich vorfinden. Wenn der Unterrichtsminister und der Justizminister nur eine Reihe von gerichtsärztlichen Gutachten erster Instanz bei fraglichen Psychopathien durchstudiren wollten, so würden sie darin Materiale genug finden, um die dringende Pflicht zu erkennen, die Psychiatrie für alle Aerzte zum obligaten Lehrgegenstand zu machen und keinen Arzt zur gerichtsärztlichen Praxis zuzulassen, der nicht speciell seine Befähigung in der forensischen Psychologie neben den anderen hier einschlägigen Materien nachgewiesen hat.

Der einfache Umstand, dass die intellectuellen Kräfte scheinbar intact waren, dass die Untersuchten anscheinend zusammenhängend sprachen und eine Reihe von Verhältnissen ihres Lebens vernünftig besprachen, oder dass sie der Details einer in momentaner Aufregung und Verwirrung begangenen That, wenigstens kurz vor oder nach derselben bewusst waren, verführte in mehreren der erzählten Gerichtsfälle die Sachverständigen der ersten Instanz, auf Zurechnungsfähigkeit und Geistesgesundheit sich auszusprechen, obwohl ganz markante psychopathische Symptome vorlagen.

Wie viel wird auch durch den Mangel richtiger Einsicht in den ersten Hilfeleistungen und in den ärztlichen Rathschlägen überhaupt gegen die Wissenschaft und so unwissentlich gegen das Wohl der Kranken und das Interesse ihrer Familie gesündiget! —

Sehr interessant ist nachstehender der erzählten Fälle:

Eine 45jährige verheirathete Frau hat ihren 2jährigen Sohn ermordet; zuerst quetschte sie ihm die Geschlechtstheile zusammen, ohne von seinem Stöhnen gerührt zu sein, dann stülpte sie ihm einen Topf über den Kopf und erwürgte ihn. Es war eine brave, fleissige Frau, die an ihrem Manne und ihren Kindern hing. Im 14. Jahre hatte sie einen Sturz mit kurzer Bewusstlosigkeit durchgemacht. 1857 war sie ohne erkennbare Ursachen melancholisch und bald nach Eintritt der Gemüthsdepression trat Wechselfieber auf; in einem Paroxysmus sprang sie in einen Brunnen, angeblich um die Hitze zu kühlen. Wie lang sie damals deprimirt war, ist nicht nachgewiesen. 1860 war sie 6 — 8 Wochen wieder abnorm, sie verlor jede Arbeitslust, lag ohne Grund im Bette oder schweifte Tage lang herum, sie die fleissige Hausmutter, vernachlässigte die Familie. Von da an kam jährlich im December ein ähnlicher Anfall. 1866 im December

kam er ebenfalls; sie schweifte wieder 8 Tage herum, arbeitete aber nicht. Sie sagt, sie habe damals den Gedanken gehabt, sich das Leben zu nehmen; aus Furcht aber, was mit ihrem kleinen Kinde werden solle, beschloss sie lieber dieses umzubringen, „es kam mir der Drang, das Kind zu morden, ohne dass ich wusste warum, ich war ohne Mitleid und Liebe für meine Kinder.“ Sie tödtete in besagter Weise das Kind und erzählte die That ruhig und gleichgiltig ihrer Hausfrau.

Trotz allen diesen Thatsachen erklärten die Gerichtsärzte, dass sie wohl in einem Zustande der Sinnesverwirrung die That begangen, aber sowohl vor der Begehung derselben als später sich in ungetrübtem Besitze ihrer geistigen Kräfte befand.

Das Fakultätsgutachten sagt ganz richtig, dass diese Frau vor, während und nach der That in vollkommen unzurechnungsfähigem Zustande sich befunden habe.

Dieser Fall lässt sehr bedauern, dass er bis zu diesem Anfalle, nach dem die Kranke in eine Irrenanstalt kam, in keine fachmännische Untersuchung kam. Es ist zweifellos, dass sich hier somatisch und psychisch noch eine Reihe der charakteristischesten Symptome, ja dass sich bei genauerer und längerer Beobachtung eine Reihe trüber, sie dominirender Wahnvorstellungen gefunden hätten, die sie in den früheren Anfällen schon hatte, und nicht bloss die einfache Verstimmung, die ihre Gemeingefährlichkeit ausser Zweifel gesetzt hätte.

Wir sehen hier wieder einen der vielen Fälle, wo die vollständige Ignorirung eklatanter Geistesstörungen durch Familie und Behörde die traurigsten Folgen nach sich zieht. Diese ist eigentlich das Resultat dreierlei Ursachen: 1. des geringen Interesses und des sparsamen Verständnisses einer grossen Zahl von praktischen Aerzten hinsichtlich der Psychopathien; 2. der Unwissenheit des Laienpublikums in diesem Gegenstande und 3. vor Allem der seit jeher mangelhaften behördlichen Aufsicht über Geisteskranke, und der sehr unvollkommenen Gesetzgebung im Irrenwesen überhaupt und bezüglich der Evidenzstellung von Geisteskranken im Besondern.

Hier haben wir es mit einem periodischen Falle zu thun, der 7 Mal vor dem letzten Anfalle aufgetreten ist, und zwar sehr interessanter Weise noch dazu in derselben Jahresperiode und 6 Mal mit ganz gleichen Erscheinungen. Die Anfälle dauerten vorher in der Regel eine Reihe von Wochen. Wäre die Erkrankung in den früheren Anfällen zur Anzeige gekommen, so wäre die Kranke bei dem Drange zum Herumschweifen und in Erwägung des vorhergegangenen Selbstmordversuches entweder in eine Irrenanstalt gebracht oder mindestens einer längeren eingehenderen Beobachtung unterzogen worden; die Angehörigen hätten mit der Nothwendigkeit von Vorsicht und Aufsicht, mit den gefährlichen Folgen von deren Vernachlässigung vertraut gemacht und damit in wirksam verantwortlicher Weise von

Amtswegen beauftragt werden können. Bei den ersten Zeichen der Wiederkehr des Leidens wäre im Bewusstsein der aufgetragenen Verantwortung von vornherein sorgsamere Aufsicht eingetreten, sei es in der Familie oder in einer Anstalt, und so wäre die That vermieden gewesen.

Bedauern müssen wir, dass in der Anamnese und Krankheitsbeschreibung in der Mehrzahl von Fällen fühlbare Lücken sind. Wir wollen dies nicht dem Herausgeber der Gutachten in die Schuhe schieben; wenigstens kann ihn die Schuld nur theilweise treffen. Nur in den wenigsten Fällen war er in der Lage, selbst zu untersuchen, selbst zu beobachten, das Gutachten baute sich bloss aus den Acten auf. Gerade aber bei solcher Casuistik, die bestimmt ist, kritisch von den Lesern verarbeitet zu werden, — denn nur auf solchem Wege kann das gebotene Materiale auch in der gerichtsärztlichen Praxis wieder verwerthet werden, — wäre es sehr wünschenswerth, dass sowohl im historischen, im ätiologischen Theile, als bei der eigentlichen Krankheitsbeschreibung eingehend, wenn auch bündig alles Nöthige aufgeführt erscheint; in Beziehung auf genauere psychische Symptomatik finden wir allüberall, selbst dort, wo Anstaltsbeobachtungen vorliegen mussten, das Krankheitsbild sehr allgemein skizzirt, in somatischer Richtung fehlen fast alle Angaben.

Gerade aber bei unserer gerichtsärztlichen Praxisausübung, welche leider in einer grossen Anzahl von Fällen an kritiklosem und gedankenlosem Formalismus und grosser Oberflächlichkeit und oft sehr unwissenschaftlicher Behandlung leidet, — den Folgen der Organisation und zum Theile auch der Behandlung der betreffenden Disciplin an den Schulen, sowie der so häufig kritik- und gedankenlosen, von Paragraphen- und Geschäftsordnungssorge fast verzehrten und häufig sehr oberflächlichen Rechtspraxis so mancher Untersuchungsrichter, — gerade bei diesen Verhältnissen handelt es sich fort und fort, die Leser aus dem gerichtsärztlichen Publikum an geschlossene, vollständige, dabei aber doch bündige Erhebungen und Befundsaufnahmen zu gewöhnen. Wir geben hierbei gerne zu, dass es der Verfasser versteht, in einer Reihe von Beschreibungen mit wenig Worten einen weiten Einblick zu gewähren. Was die Gutachten betrifft, so sind sie zumeist mustergiltig, bündig, klar und die Ansicht der Sachverständigen präcise darstellend.

Dass wir mit unserer Anschauung Recht haben, gibt der Verf. übrigens durch die Art der Bearbeitung einer grossen Reihe von Fällen aus anderen Kapiteln der gerichtsärztlichen Praxis selbst zu.

Wir empfehlen sonach das recht hübsch ausgestattete Buch der Lectüre der Gerichtsärzte, die es nicht bloss in dem von uns besprochenen Abschnitte, sondern auch in dem übrigen Inhalte gewiss anregungsvoll und lesewürdig finden werden. Dr. M. Gauster.

Der Duodenalkatarrh mit Rücksicht auf Psychosen.

Von Holthof.

(Correspondenzblatt für Psych. 1872, Nr. 8.)

Verfasser erwähnt zuerst einiges über die Beziehungen des Magenkatarrhs zu Psychopathien und bespricht dann den selbstständig auftretenden Duodenalkatarrh, der häufig übersehen oder in der Diagnose nicht präcise erkannt wird. Wir übergehen die Symptomatik desselben, und berühren blos seinen Einfluss auf psychische Erkrankung. Da der Duodenalkatarrh weit weniger Einfluss auf Ernährung hat als der Magenkatarrh, so ist die diessbezügliche Wirkung auf das centrale Nervensystem eine schwächere und langsamere als bei diesem. Doch magern nach und nach die Kranken ab, trotz hinreichender Nahrungszufuhr, da die Resorption durch die zähe Schleimdecke behindert ist, oder der mangelhafte Erguss von Galle und Pankreassaft die Umwandlung des Speisebreies unvollkommener gestaltet, oder endlich der Schleim fermentartig auf die Nahrungsmittel wirkt. Dabei entwickeln sich stärkere Gase, und so wird die Brusthöhle durch Hinaufdrängen des Zwerchfelles verkleinert, und werden die Abdominalgefässe comprimirt, wodurch einerseits Athemnoth, andererseits Circulationsstörungen gesetzt werden. An und für sich hat chronischer Duodenalkatarrh eine Gemüthsverstimmung zur Folge, die öfters der Ausgangspunkt eigentlicher Psychosen wird. Die Betroffenen sind hypochondrisch, beschäftigen sich mit ihrem Schmerze am Oberbauche, unterschieben ihm die sonderbarsten Ursachen. Eigenthümliche Sensationen, sei es durch Reflex auf das vasomotorische Centrum, oder durch Druck der Gase auf die Abdominalgefässe treten auf. Es bildet sich ein melancholischer Zustand mit Verfolgungswahn, Selbstanklagen und sofort heraus. Namentlich treten Erregungen oder Verstimmungen zuweilen nach dem Essen stärker hervor.

Gauster.

Ueber circuläre Geisteskrankheiten.

Von Prof. Ludwig Meyer.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. IV. Bd. 1. Heft 1373. Berlin, bei Hirschwald.)

Falret und Baillarger haben schon im J. 1851 und 1854 diese Form specialisirt als eine regelmässige Aufeinanderfolge melancholischer und maniakalischer Zustände, was wenig Beachtung fand. Namentlich haben Guislain und in neuester Zeit Maudsley diese Formbezeichnung zurückgewiesen, für die sie in der eingehenden Beobachtung keine Berechtigung finden wollen. Prof. Meyer perhor-

rescirte ebenfalls lange Zeit die Differenzirung dieser Form und gibt an, noch jetzt manche Bedenken dagegen zu haben; allein eine Reihe von genau beobachteten Fällen haben in neuester Zeit ihn überzeugt, dass Falret's Beschreibung der circulären Geistesstörung denn doch im Grossen auf Thatsachen beruhe.

Seine Beobachtungen lehren ihn jedoch zum Theile im Gegensatz zu Falret's Beobachtungen, dass man es hier mit trophischen Vorgängen zu thun habe, die constant diese psychischen Zustände begleiten.

Nach den bishörigen Erfahrungen, denen namentlich Esquirol, Guislain, Nasse u. A. Ausdruck gaben, tritt bei Manie und Melancholie eine Verringerung des Körpergewichtes ein, in der Rekonvaleszenz steigt es. Wir möchten da nur hinzufügen, dass die Ernährungsstörung, deren Ausdruck der Gewichtsverlust ist, häufig der psychischen Störung vorausgeht, namentlich den Melancholien und als Ursache derselben erscheint! Auch bei den periodischen maniakalischen und melancholischen Anfällen kann man das Sinken und bei deren Rückgang die rasche Steigerung des Körpergewichtes beobachten.

Auch in der melancholischen Stadien der cyklischen Alienation beobachtete M. eine auffällig rasche Abnahme des Körpergewichtes; dagegen fand er im maniakalischen Anfalle eine bedeutende Zunahme desselben; so ergaben z. B. in zwei maniakalischen Anfällen von dreimonatlicher Dauer die Wägungen eine Zunahme um 35 u. 54 Pfund, in einem sechswöchentlichen Anfalle eine solche um 20 Pf. Die gesteigerte Nahrungsaufnahme während des maniakalischen Anfalles kann dies nicht erklären, da durch die motorischen Excesse und den verringerten Schlaf dieselbe mehr als compensirt wird. Die Veränderung der Kranken in ihrem Aeusseren ist eine überaus auffällige; während sie z. B. im melancholischen Stadium oft sehr gealtert erscheinen, sehen sie im maniakalischen weit jünger aus, als sie wirklich sind. M. fasst die maniakalischen Anfälle der circulären Psychopathie als eine wirkliche Trophoneurose auf, die den ganzen Organismus beherrscht. Die Circulationsverhältnisse zeigen entgegen meist gleiche Gegensätze. Herzschlag und Puls heben sich während der Intermission, sinken mit der Manie wieder, und sind, wenn auch etwas weniger wie während des melancholischen Anfalles schwach, klein, und wie überhaupt zumeist in Manie frequent. Es ist daher schwer, die trophischen Erscheinungen aus vasomotorischen Einflüssen zu erklären.

M. fand auch entgegen der Ansicht Falret's und Baillarger's diese circuläre Geistesstörung mit Melancholie beginnen; jene betrachten bekanntlich den maniakalischen Anfall als primär. Er fand entgegen Falret's Angabe, die Depression sich rasch entwickeln; wenn auch Dauungsstörungen vorgingen, so entwickelte sich doch der eigentliche Zustand binnen 24 Stunden, ja binnen einer Nacht.

Wahnideen und Sinnestäuschungen wurden von ihm beobachtet. Die melancholischen Anfälle waren in der Regel von Verdauungsstörungen begleitet, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Obstipation, die beim Schwinden des Anfalles gleichfalls wichen. Die Besserung dieser Anfälle war in der Regel langsam, von Schwankungen unterbrochen. Die eigentliche Reconvalescenz trat dann oft binnen wenigen Tagen ein. Hierauf tritt scheinbares Gesundsein auf; aber der frühere normale geistige Zustand zeigte grössere Lebhaftigkeit in seiner Thätigkeit, sowohl intensiv als extensiv. Es scheint ein Rest melancholischer Verstimmung zu bleiben. Nach kürzerer oder längerer Zeit, auch nach Monaten tritt Erregung und dann der eigentliche maniakalische Anfall auf, der manchmal zur ausgebildetsten Tobsucht sich steigert. Die maniakalische Stimmung schlägt aber auch öfters in melancholische Verstimmung plötzlich um. Nach den maniakalischen Anfällen tritt eine oft unreine Intermission ein, welche nicht selten kürzer ist, als die erste.

Gauster.

Der Alkoholismus in seiner Beziehung zur Geistesstörung.

Von Dr. Dagonet.

(Annales médico-psychologiques. März und Mai 1873.)

Verf. untersucht die Wirkungen des Alkohols auf das Centralnervensystem vorzugsweise vom klinischen Standpunkte. Er erörtert den Gehirnbefund bei verstorbenen Säufern und hebt die bereits bekannten pathologisch-anatomischen Veränderungen hervor; den entzündlichen Process der Dura, die Verdickungen der Arachnoidea und Pia, die Erschlaffung und Erweiterung der von einem milchig weisslichen Rand umsäumten Gefässe, die Hirnhautblutungen, die Veränderungen der Gefässwände, die bald umschriebenen, bald diffusen, schon makroskopisch sichtbaren Alterationen der Hirnrinde, die Sklerose der Hirnsubstanz und die stellenweise Erweichung und Verfettung, die er als verschiedene Stadien ein und desselben Processes betrachtet.

Uebergehend auf die klinischen Symptome gibt Verf. an, dass das Sehorgan die meisten charakteristischesten Erscheinungen darbiete, von welchen ein grosser Theil allerdings die Einwirkung des Alkohols nicht lange überdauert. — Die Gesichtsstörungen lassen sich in hyperästhetische und anästhetische eintheilen; in letzteren bemerkt man eine progressive Abnahme des Sehvermögens.

Vor Allem scheint es, als ob die nervösen Elemente der Retina und der Sehnerven von denselben tremolirenden Bewegungen befallen

wären, wie die Muskelfasern, und liesse sich daraus die Unstätheit der Gesichtsbilder und selbst der Gesichtshallucinationen erklären.

Als ein anderes Symptom will Verf. in einigen Fällen Nystagmus beobachtet haben, der mit der Zeit schwindet. (Ref., dem zahlreiche Fälle von acutem und chronischem Alkoholismus zur Beobachtung kommen, konnte diese Erscheinung bisher noch in keinem einzigen Falle constatiren.)

Verfasser macht auch auf eine bei Alkoholikern auftretende Achromatopsie aufmerksam, welche mit Wiederkehr der Gesundheit schwindet.

Das Sehen von Funken, Flammen, Feuergarben erklärt Verf. durch Hyperästhesie des Sehorganes gerade so wie die Empfindungen, von Flöhen, Läusen, Insekten bedeckt zu sein, auf einer Hyperästhesie der Hautnerven beruhen soll.

Verf. geht nun die einzelnen, dem Delirium der Alkoholiker zukommenden bekannten Erscheinungen eingehend und mit Einflechtung selbstbeobachteter Fälle durch, ohne wesentlich Neues beizubringen; er macht auf die Häufigkeit der im Säuferdelirium begangenen Selbstmorde aufmerksam, welche im Jahre 1868 in Frankreich die hohe Zahl von 471 ergab.

Im weiteren Verlauf seiner Arbeit bespricht Verf. die in Folge von Missbrauch alkoholischer Getränke auftretenden geistigen Störungen; er beschreibt die psychischen Veränderungen, die dem Rausche, dem acuten und chronischen Alkoholismus zukommen. Der Rausch selbst tritt zuweilen in Form einer transitorischen Manie, mit sehr gefährlichen Handlungen auf. — Eine der schwersten Erscheinungen des acuten Alkoholismus sind die manchmal auftretenden epileptischen Anfälle. Schon Marcé hat hervorgehoben, dass der in Frankreich so sehr verbreitete Genuss des Absynthliqueurs viel heftigere Vergiftungserscheinungen erzeugt als der des Branntweins; dass die Absynthtrinker stupider werden und geistig mehr herabkommen, und dass Hunde oder Kaninchen, welchen man 2—3 Drachmen Absynthessenz eingibt, Convulsionen und epileptische Anfälle bekommen.

Magnan hat bekanntermassen diese Versuche von Marcé bestätigt und auch Verf. stimmt der Ansicht bei, dass der Missbrauch von Absynthliqueur schwere psychische und motorische Störungen, ja selbst Epilepsie erzeugen könne; doch seien die bei Thieren erhaltenen Resultate nicht auch für den Menschen in gleichem Masse giltig; denn während einzelne Individuen 10—20 ja 30 Gläschen Absynth täglich geniessen, ohne epileptische Anfälle zu bekommen, beobachtet man solche bei Menschen, die eine grössere mit Branntwein vermischte Menge weissen Weines zu sich genommen haben.

Nachdem der Verf. den chronischen Alkoholismus vom klinischen Standpunkt betrachtet hat, geht er zu den verschiedenen Psychosen über, welche sich daraus entwickeln können. Er leitet seine Dar-

stellung mit der Bemerkung ein, dass die in Folge chronischer Alkoholintoxication entstandene Geisteskrankheit sehr häufig von einer aus anderer Ursache hervorgegangenen nicht zu unterscheiden sein dürfte.

Nicht selten bieten (was Ref. bestätigen kann) chronische Alkoholiker das Bild der paralytischen Geistesstörung dar. Die diagnostische Differenzirung sei aber um so wichtiger, als solche Kranke den glaubwürdigsten Beobachtungen nach wieder genesen können. (Solche Genesungen dürften dennoch selten sein, da pachymeningitische Processe, Hirnsklerose. Atrophie u. s. w. häufige Befunde bei chronischem Alkoholismus abgeben. Ref.)

Eine andere Form von Geistesstörung, den Stupor, hat Verf. ebenfalls in Folge von acuter und chronischer Alkoholintoxication eintreten gesehen; gesellen sich hiezu, wie dies Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, Grössenideen, so ist bei etwa vorhandenem Tremor eine Verwechslung mit paralytischem Blödsinn leicht möglich. Heilungen solcher Fälle aber sind häufig und erfolgen zuweilen in sehr kurzer Zeit.

Die Manie, Melancholie und der Blödsinn, welche in Folge andauernden Missbrauchs alkoholhältiger Getränke entstehen, bieten durch ihren gewöhnlichen Symptomencomplex keine hervorragenden Merkmale ihres Ursprunges. Leidesdorf.

Ein Kleinhirntumor.

Von Dr. R. T. Edes.

(The Boston med. and surg. Journal 1873. Nr. 5.)

W., — vorher stets gesund, — erlitt gelegentlich eines Eisenbahnunfalles im Jahre 1864 eine Verletzung am Kopfe mit geringer Quetschung in der Gegend der Augen.

Nicht lange darnach bemerkte er, dass er seinen Geschäften nur mit Schwierigkeit nachgehen konnte, er ermüdete leicht, und fühlte einen vom Hinterkopf gegen die Augen ausstrahlenden Schmerz. Auch die Augen selbst wurden Ende 1865 schmerzhaft und er bedurfte um deutlich lesen zu können einer stärkeren Beleuchtung; zu Anfang 1866 glaubte er auch eine Abnahme seines Gehöres bemerken zu können. Eine Untersuchung des Augenhintergrundes zeigte Schwellung der Papille und zahlreiche Retinalapoplexien in dieser Gegend; ausserdem die übrigen Symptome einer Retinitis apoplectica. Schon damals wurde ein Cerebraltumor als Ursache der Circulationsstörung im Auge angesehen.

Ende 1866 liess sich eine leichte Anästhesis und geringer Grad von Parese an der linken Seite nachweisen; — nach und nach nahmen Gehör und Gesicht immer mehr ab, so dass er zu Anfang

1867 bereits vollkommen taub und blind war. Ende desselben Jahres hatte er Ohnmachtsanfälle, Facialisparalyse links, die Parese der linken Extremitäten zunehmend. Zuerst traten jetzt auch psychische Störungen auf, die sich vor allem durch Charakteränderung kund gaben.

Dieser Zustand blieb ziemlich derselbe bis zum 6. Juni 1871, an welchem Tag er plötzlich starb. Die Arterien der Hirnbasis waren meist atheromatös, die Wurzeln des Riechnerven durchscheinend, grau, ebenso die Nervi und Tractus optici bis zu den Corp. genic. und selbst etwas darüber hinaus. In der linken Kleinhirnhemisphäre hinter der Spitze des Felsenbeins ein Tumor von $^3/_4$ Zoll Durchmesser; hinter ihm mehrere kleine Cysten im Kleinhirn, vorn das Kleinhirn zu einer Caverne erweicht; der Tumor trennte den Nervus facialis vom Acusticus in der Art, dass ersterer über, letzterer unter demselben verlief. Facialis und Acusticus der rechten Seite anscheinend normal. Der Tumor erwies sich als Spindelzellensarcom in theilweiser Verfettung.

Amaurosis ist ein häufiges Symptom bei Kleinhirntumoren. Dr. Clifford Allbutt schliesst, dass sie in der Mehrzahl der Fälle auf eine Unterbrechung der Venen-Circulation zurückzuführen sei, welche wieder zu einer Druckerhöhung in den Ventrikeln und diese zu einem Drucke auf den Tractus opticus Veranlassung gäbe. — In diesem Fall mag der Tumor auf die linken Sinusse gedrückt haben.

Schwierigkeit macht auch die Erklärung der beiderseitigen Taubheit, da doch nur der linke N. acusticus vom Tumor ergriffen war, und die beiden Acusticuskerne gesund erschienen. — Da auch ein Druck auf die rechte Hälfte der Medulla oblongata nicht nachzuweisen war, so glaubt E. eine Neuritis des N. acusticus im Labyrinthe annehmen zu müssen.

Hinsichtlich der Parese — die Facialislähmung ist durch die directe Zerstörung des linken Nervus facialis genug erklärt — bemerkt Verf. Folgendes: Wäre die Parese eine reine Folge des Druckes auf die Medulla oblongata gewesen, so hätte sie nicht links, sondern rechts statthaben müssen, da der Tumor noch oberhalb der Pyramidenkreuzung sass; auch wäre dann wahrscheinlich der Hypoglossus mit ergriffen gewesen. — Es scheint daher, dass diese Schwäche, welche bei Kleinhirntumoren nicht selten zur Beobachtung gelangt, hier hauptsächlich durch die secundären Degenerationen des Kleinhirnes bedingt war, und nicht durch eine Leitungsunterbrechung vom Grosshirne zu den Muskeln. Eine solche cerebellare Paralyse kann gekreuzt oder wie in diesem Falle gleichseitig sein; nach einer Zusammenstellung von Luys ist die Lähmung 8 Mal in 14 Fällen direct gewesen.

H. B. Obersteiner.

Zur Casuistik der Kleinhirntumoren.

Von Dr. Th. Tilling.

(St. Petersb. med. Zeitung 1872, Nr. 3.)

Indem Verf. den Muskelsinn in das Kleinhirn verlegt, zieht er den Schluss, dass der Schwindel ganz vorzüglich ein Symptom von Kleinhirnerkrankungen sein müsse. Da aber andere Provinzen des Gehirnes, so besonders die Brücke, von Kleinhirnfasern durchsetzt werden, so ist es begreiflich, dass auch von diesen aus Schwindelerscheinungen auftreten können. — Bekannt ist, dass meistens einzelne höhere Sinnesnerven, besonders der Nervus opticus mitergriffen sind.

Drei kurze und deshalb auch gut lesbare Krankengeschichten werden mitgetheilt.

1. Eine 38jährige Frau litt seit Jahren an Kopfschmerzen, in den letzten Wochen vor der Aufnahme in das Spital erreichten dieselben eine unerträgliche Heftigkeit; dann gesellten sich Erbrechen und Schwindel hinzu, Ohrensausen, linksseitige Parese, Schmerz in den unteren Halswirbeln, hinter dem rechten Ohre und im rechten Unterkiefer; Verstopfung, Abmagerung. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab beiderseitige Neuroretinitis mit Ecchymosen in die Retina, — Nystagmus.

Bei der Section fand sich ein kegelförmiger Tumor an der Basis der rechten Kleinhirnhemisphäre von der Grösse eines halben Rubels — er ersetzte den Flocculus und die Tonsille und verdrängte zugleich die Medulla oblongata nach links, die rechterseits atrophisch erscheinen. — Ausser Atrophie der Seh- und Riechnerven war noch Hydrocephalus vorhanden.

(Dieser Fall unterscheidet sich von dem eben mitgetheilten von Edes nur dadurch, dass die Lähmung gekreuzt war; dies rührt offenbar daher, dass der Tumor durch seinen Sitz an der Basis die gleiche Seite der Medulla oblongata drückte. Uebrigens bemerkte Patientin, als Analogon der gleichseitigen, vom Kleinhirn direct ausgehenden Erscheinungen des vorigen Falles, Vertaubung an der rechten oberen Extremität. Ref.)

2. Der 28jährige Kranke leidet in Folge eines in der Kindheit erlittenen Traumas (wohin?) an Phthise des linken Bulbus und linksseitiger Hemiatrophie des Gesichtes. 6 Wochen nach Beginn eines heftigen Kopfschmerzes in der Stirngegend traten zum ersten Mal Schwindelerscheinungen auf, wobei die Kopfschmerzen zurücktraten. Neuroretinitis oculi dextri. Die Zunge wurde nach rechts vorgestreckt. Sonst keine auffallenden Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen. — An hochgradigem Marasmus starb der Kranke 5 Monate nach Beginn der Krankheit.

Ausser einem bohnengrossen Tumor im rechten Occipitallappen, der wie es scheint keine wahrnehmbaren Symptome hervorgerufen hatte, fand sich beiderseits im Kleinhirne, neben dem Oberwurm ein wallnussgrosser gelber Tumor, links in der Hemisphäre des Kleinhirnes hinten ein dritter, gleich grosser Tumor. Der Nucleus dentatus dieser Seite kaum mehr zu erkennen. Hydrocephalus intern. geringen Grades.

3. Dieser Fall beweist, dass Degeneration der Brückenfasern dieselben Erscheinungen hervorrufen kann wie Kleinhirnerkrankungen. Der Kopfschmerz war ähnlich, der Schwindel sehr hochgradig. Störungen des Sehens und Hörens; Parese und Anästhesie der linken Seite erreichten aber einen viel höheren Grad (es kam bis zur völligen Paralyse beider linken Extremitäten); auch der rechte Arm wurde paretisch. Die Intelligenz blieb bis auf eine gewisse Apathie intact.

Es fand sich gerade der Höhe der Brücke entsprechend ein Tumor etwa eine Linie unter dem Grau der Rautengrube, auf der rechten Seite, genau bis an die Raphe reichend, von der Grösse eines Taubeneies. An der Unterseite der Brücke waren die oberflächlichen Brückenfasern und hinter diesen die Pyramiden — im Ganzen eine etwa 4 Linien dicke Schichte vom Tumor verschont geblieben. Die Zerstörung der horizontalen Brückenfasern hatte also die Kleinhirnsymptome erzeugt, während die ausgeprägten paralytischen Erscheinungen auf die Degeneration der longitudinalen Fasern zurückzuführen waren.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Tumoren des Kleinhirnes (Essai sur les tumeures du cervelet).

Von Gaston Sieffert. Thèse de Paris 1872.

Auch in dieser Arbeit werden zwei Fälle von Kleinhirntumoren mitgetheilt. Im ersten handelt es sich um einen Tuberkel der rechten Kleinhirnhemisphäre. Die ophthalmoskopische Untersuchung hatte bereits in vivo einen Tuberkelknoten in der Choroidea des rechten Auges nachgewiesen.

Der zweite Fall betrifft ein hühnereigrosses Carcinom zwischen rechter Kleinhirnhemisphäre und Hinterhauptlappen des Grosshirnes, das theilweise in die erste hineingreift. In beiden Fällen waren Neuroretinitis und Kopfschmerzen die Hauptsymptome. Von Schwindelerscheinungen wird nichts angegeben.

H. B. Obersteiner.

Experimental-Untersuchungen über die Gehirnfunctionen.

Von Dr. E. Fournier. (Paris 1873, 100 S. u. 4 Taf.)

Experimentelle Untersuchungen über die Functionen des Gehirnes.

Von Prof. Nothnagel. (Virchow's Archiv LVII. Bd. 2. H.)

Wir haben in Nr. 12 des vergangenen Jahrganges auf eine neue Methode am Gehirne zu experimentiren aufmerksam gemacht, für welche zwei Franzosen und ein Deutscher die Priorität der Erfindung beanspruchen: — Beaunis und Fournier haben, beide selbstständig, ersterer allerdings früher, versiegelte Schriftstücke bei verschiedenen Akademien deponirt, in denen sie ihre Methode beschreiben; dazu kamen die bereits besprochenen Arbeiten, dieser Forscher; Nothnagel hat hingegen bereits im Winter 1871—1872 mit der gleichen Methode gearbeitet, dieselbe aber erst nach dem ersten Aufsatze von Beaunis im medic. Centralblatt veröffentlicht. — Von allen dreien wurde damals eine ausführliche Darlegung der gewonnenen Resultate versprochen; zwei haben ihr Versprechen gehalten; ob auch der dritte, Beaunis, dasselbe gethan, ist uns nicht bekannt.

Fournier injicirte Chlorzinklösung, die mittelst Anilinblau gefärbt war, Nothnagel concentrirte Chromsäure, im übrigen ist die Methode, die von beiden genau angegeben wird, dieselbe. — Die Versuche des ersteren haben das für sich, dass sie grösstentheils an Hunden angestellt sind, während dieser durch die Umstände gezwungen war, an Kaninchen zu operiren.

Dadurch war es jenem auch möglich seine Versuche auf mehr Gehirnpartien auszudehnen, als diesem die anatomischen Verhältnisse des Kaninchenhirnes gestatteten. Leider sind trotzdem die Resultate Fournier's nicht vollkommen befriedigend, sie sind bereits in einer früheren Arbeit mitgetheilt und von uns am angeführten Orte besprochen worden; absichtliche oder nicht gewollte Unkenntniss gewisser Fundamentalarbeiten, wie z. B. die von Fritsch und Hitzig, zeichnen das Werkchen aus.

Wenden wir uns nun zu den Versuchen von Nothnagel.

Wurde an einer genau bestimmbaren Stelle in der Rinde der Grosshirnhemisphäre ein kleiner Chromsäureherd angelegt, so blieb das Thier anscheinend gesund. Allein das entgegengesetzte Vorderbein glitt öfters aus, wurde ungeschickt aufgesetzt und konnte langsam passiv in ganz abnorme Stellungen gebracht werden, ohne dass das Thier versuchte, die Extremität in die Normalstellung zurückzuziehen. Da im übrigen an derselben Extremität Sensibilität und Motilität vollkommen erhalten blieben, so sieht sich N. veranlasst eine partielle Lähmung des Muskelsinnes anzunehmen. Allein nach 6—10 Tagen

pflegte dieser Zustand wieder zu schwinden; es wird daher allerdings ein gewisser präformirter Centralpunkt in den Bahnen des Muskelsinnes durch die Läsion der betreffenden Hirnpartie ausser Thätigkeit gesetzt worden sein, allein es müssen sich auch wieder andere Bahnen eröffnen können.

Wie schon Schiff angibt, kann man beim Kaninchen keine vollständig cerebrale Hemiplegie erzeugen; der Zustand, der sich nach gewissen einseitigen Hirnläsionen entwickelt, ist folgender: die Beine der der Verletzung gegenüberliegenden Seite deviiren medianwärts, nach innen; die derselben Seite lateralwärts nach aussen (aber weniger ausgesprochen).

Besonders deutlich tritt diese abnorme Stellung auf, wenn eine gewisse Partie der Hirnrinde vorne und seitlich gelegen, oder die das Cornu ammonis umgebenden Markmassen den Ort der Injection bildeten. (Bekanntlich ist dieselbe Veränderung nach Einstich in die Sehhügel beschrieben und für Krankheiten derselben als pathognomisch bezeichnet worden. Ref.)

Auch dieser Zustand bildet sich übrigens allmälig wieder zurück. Aus der Möglichkeit, dass eine circumscripte Stelle, in welcher seelische Functionen entstehen sollen, nach ihrer Elimination durch eine andere ergänzt werden kann, zieht Verfasser den gewiss nicht vollkommen gerechtfertigten Schluss, dass eine Localisation der geistigen Functionen auf bestimmte Centren der Grosshirnrinde nicht vorhanden ist.

Wird durch die Injection die vordere oder mittlere Partie des Linsenkernes getroffen, so gesellt sich zu der eben beschriebenen Deviation der Extremitäten noch eine Verkrümmung der Wirbelsäule, so dass die Convexität gegen die unverletzte Seite gerichtet ist. Die Leichtigkeit, mit welcher die Wirbelsäule sich wieder gerade richten lässt, beweist, dass man es mit einer Lähmung der der Verletzung gegenüberliegenden Muskeln zu thun hat.

Ferner geht daraus hervor, dass der Linsenkern des Kaninchens, wenn nicht ausschliesslich so doch überwiegend motorische Bahnen enthält.

Hinsichtlich des Nucleus caudatus kommt N. seiner Ansicht nach wieder auf die Theorie von Magendie zurück, welcher bekanntlich in die Streifenhügel eine Kraft verlegte, welche die Thiere nach rückwärts treibt. Dennoch will es bedünken, dass er gerade das Gegentheil beweist.

Wenn N. eine kleine, eng umschriebene Stelle eines Streifenhügels traf, so fing das Thier nach wenigen Minuten an, ohne den geringsten äusseren Reiz mit immer hastiger werdenden Sprüngen nach vorne zu laufen, prallte dabei an etwaige Hindernisse an und fiel endlich nach 5—8 Minuten auf die Seite; aber auch während des Liegens werden die Beine stürmisch wie beim Laufen hin und her

bewegt. N. nennt daher diesen Punkt Laufknoten, Nodus cursorius. Die eben geschilderten Laufbewegungen sind als Reizerscheinungen aufzufassen; die Berechtigung dazu liegt 1. im Beginnen des Laufens ohne jeden äusseren Reiz, 2. in dem Beharren bei demselben auch beim Entgegenstehen mechanischer Hindernisse, 3. in der Fortdauer laufähnlicher Bewegungen in den Beinen, wenn die Thiere erschöpft daliegen; endlich in dem baldigen Verschwinden des Phänomens.

Hiemit beweist N., dass Reizung des Streifenhügels oder wenigstens einer bestimmten Partie desselben Vorwärtsbewegung erzeugt, also das gerade Gegentheil von Magendie.

Werden andere Gegenden des Streifenhügels allein oder mit dem Nodus cursorius zusammen durch den Chromsäuretropfen getroffen, so tritt wieder dieselbe Deviation der Beine ein, wie sie sich oben nach Verletzung gewisser Theile des Markes einstellte.

Dieselbe Deviation fand sich auch in zwei Fällen, in denen die Gewölbsschenkel getroffen waren.

H. B. Obersteiner.

Ueber einen Fall von intracraniellen Echinococcen mit dem Ausgang in Heilung.

Von Prof. Westphal.

(Berl. klin. Wochenschrift 1873, Nr. 18.)

Intracranielle Echinococcen gehören namentlich in unseren Gegenden zu den Seltenheiten, ihre Diagnose ist meist ganz unmöglich. Nachstehender Fall ist aber auch durch den aussergewöhnlichen Ausgang in Heilung von besonderem Interesse.

Ein 17jähriger junger Mann erkrankte im Mai des vergangenen Jahres an Kopfschmerz, Erbrechen und Lichtscheu. Nachdem der Kopfschmerz geschwunden war, traten Sehstörungen ein, die sich zur vollen Erblindung des rechten Auges steigerten, während die medialsten Partien der linken Retina unempfindlich wurden; zugleich entstand Exophthalmus des rechten Auges. Später traten die Kopfschmerzen abermals auf, mit ihnen linksseitige Parese; auch liess sich eine Prominenz der rechten Schläfegegend nachweisen. — Kali jod. brachte Kopfschmerz und Erbrechen zum Schwinden, während die Sehstörung und die Parese zurückblieben.

Ende December vorigen Jahres nach einer vorübergehenden ödematösen Schwellung der Augenlider und der Conjunctiva rechterseits liess sich an der Stirne eine, später noch eine zweite Lücke im Knochen deutlich fühlen. Wenige Tage darnach bildete sich an dieser Gegend eine fluctuirende Geschwulst, aus welcher mittelst des Probe-

troicar eine dünne eitrige Flüssigkeit entleert wurde. Als aber am 3. Jänner eine Incision von $1\frac{1}{2}-2$ Cm. Länge gemacht worden war, entleerten sich aus dieser und mehreren anderen Wunden (auch aus dem linken Nasenloche) bis zum 20. Februar über 90 Blasen von der Grösse einer kleinen Erbse bis zu der einer Mannesfaust, an deren Innenfläche die Köpfchen mit den Haken leicht nachweisbar waren. Am Grunde der Knochenlücke lässt sich das Gehirn deutlich fühlen.

Der Exophthalmus sowie die Sehstörung bestehen fort, während die übrigen Symptome alle geschwunden sind. Ausserdem hat sich von Anfang der Beobachtung an eine auffällige Pulsfrequenz erhalten (bis 150 bei einer Körpertemperatur von 37·2).

W. wirft die Frage auf, ob der Exophthalmus des rechten Auges in irgend einer Beziehung zur Pulsfrequenz stehe.

Verf. glaubt annehmen zu dürfen, dass die Echinococcen ihren Sitz in der Schädelhöhle aber extracerebral hatten.

H. B. Obersteiner.

Ueber Stupor.

Von M. H. Dagonet. (Annal. méd.-psychol. März- und Mai-Heft 1872.)

Nachdem der Verfasser in einer breiten historischen Einleitung die Ansichten verschiedener, zumeist französischer Autoren mitgetheilt, kommt er auf das von denselben mit dem Terminus „stupidité“ bezeichnete Krankheitsbild zu sprechen, und schlägt für diesen so übel gewählten Ausdruck die Namen Stuporalgie, Stupemanie oder Eptomanie vor. Es würde zu weit führen, wollten wir die mit französischer Behaglichkeit über 72 Seiten ausgesponnene Arbeit ausführlich besprechen, wir wollen uns vielmehr auf das Wichtigste beschränken. — Er unterscheidet drei Arten der Melancholie mit Stumpfsinn: eine passive, nicht acute, in welcher das geistige Leben vollständig aufgehoben scheint, eine active acute, bei welcher das geistige Leben sich in verworrener Weise in Vorstellungen und Empfindungen depressiver Natur bewegt; als dritte Form reiht er die extatisch-kataleptische an. — Bei der Symptomatologie bespricht er die Differentialdiagnose mit dem Blödsinn; als Zeichen von schlechter Prognose Ptyalismus, Othämatom, dessen spontane Entstehung er behauptet. Die active sowie die kataleptische wechseln häufig mit maniakalischer Aufregung. Als eine Annäherung an die Ansichten des Prof. Meynert muss es bezeichnet werden, wenn Autor sagt, dass das Delirium der activen Form sich nur zu entwickeln scheint unter Begünstigung der psychischen Hemmung, dass der Inhalt desselben oft wechselt, ja dass es vollständig fehlen

kann; ebenso sagt er pag. 377, dass die Angst, die Wahnideen und Hallucinationen nur der Ausdruck des Hirnleidens sind, dass dieses die Entstehung derselben begünstigt.

Dazu führt er nach Sauze einen Fall von Melancholie mit Stumpfsinn an, in welchem der Kranke nach seiner Heilung sagte, er habe nichts gedacht, nichts gefühlt, auch nie eine traurige Vorstellung gehabt. D. bespricht nun das Vorkommen des Stupors, bei Typhus, in der Reconvalescenz nach letzterem, nach schweren Operationen, und acut nach heftigen Affecten, Schreck; häufig tritt er auf bei Gehirnhyperämie nach Kopfverletzungen, Sonnenstich, Alkoholmissbrauch, Epilepsie und gewissen Formen des paralytischen Blödsinns; eine wichtige Ursache des Stupors sind geschlechtliche Excesse jeder Art; wobei er meist in der Form der Hypochondrie oder der Selbstanklage auftritt; am häufigsten tritt er auf im Gefolge anderer Formen von Geisteskrankheit; als Ausgang der Manie (hier als Ausdruck der durch dieselbe hervorgerufenen Erschöpfung), intermittirend mit derselben, oder als Prodromalstadium für dieselbe; am häufigsten tritt der Stupor auf bei der Lypemanie, für deren höchste Stufe eben Autor den Stupor hält; als sehr selten bezeichnet er die kataleptische Form; bei Kindern von 10—15 Jahren tritt die extatische Form auf. Ausführlich bespricht Autor den Stupor beim paralytischen Blödsinn, wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose, die übrigens schon von Baillarger und Marcé richtig dargestellt worden; ebenso häufig tritt der Stupor bei Delirium tremens auf. Bei der Therapie empfiehlt er unter anderem Stimulantia, auch Hydrotherapie (?). Zu erwähnen wäre noch die reiche eigene und gut gewählte fremde Casuistik.

A. Pick.

Ueber Erinnerungstäuschungen.

Von Dr. Wilh. Sander.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankh. IV. Bd. 1. H. p. 244—253.)

Wer überhaupt gewohnt ist, sich selbst zu beobachten, dem ist sicher schon aufgefallen, dass ihm öfter mitten in irgend einer Situation so war, als ob er eben diese mit ihren feinsten Nuancen schon einmal durchgelebt hätte. So lebhaft wird diese falsche Erinnerung manchmal, dass man glaubt man müsste selbst die Geschehnisse der nächstkommenden Augenblicke vorher sagen können. Aehnlich wie dunkle Erinnerungen durch das Suchen nach Vervollständigung derselben ein peinliches Gefühl verursachen, das sich bei erregbaren Personen bis zur Angst steigern kann, so auch diese „Erinnerungstäuschungen.“

Verf. bringt diesen Namen dafür in Vorschlag, da er nichts präjudicirliches über die Ursache enthalte, wie die von Jensen, Wiedemeister und Huppert angewandten: „Doppelwahrnehmung, doppeltes Bewusstsein, Doppeldenken und Doppelvorstellungen," die alle darauf hinauslaufen die Erscheinung durch eine incongruente Function beider Hemisphären erklären zu wollen, welche eine gesonderte also doppelte Wahrnehmung zur Folge hätte.

Von den bisher mitgetheilten Krankengeschichten ist aber bei genauerer Kritik nur ein Fall (der 4. bei Jensen) einschlägig, wogegen der Verf. die Krankengeschichte eines Epileptikers erzählt, der an der Häufigkeit solcher „Erinnerungstäuschungen" förmlich litt, ohne dass sich bei ihm, wenigstens äusserlich nicht, eine Asymetrie des Schädels habe nachweisen lassen. Ausserdem ist die Erscheinung bei Gesunden sehr häufig, bei Geisteskranken bisher kaum bekannt.

Verf. verzichtet auf eine physiologische oder anatomische Erklärung und begnügt sich mit dem Versuche einer psychologischen. Er meint, dass vielleicht ein ganz geringfügiger Theil einer Situation die dunkle Erinnerung an eine ähnliche wachrufen möge, die nicht einmal erlebt zu sein braucht, sondern auch geträumt oder gedacht worden sein kann. In dem Streben diese dunkle Erinnerung zu vervollständigen greife man eben ihrer Dunkelheit halber fehl und ertappe die eben durchlebte Situation, die man nun auch für eine längst vergangene halte. Dr. J. Krueg.

Epileptische Anfälle mit subjectiven Geruchsempfindungen bei Zerstörung des linken Tractus olfactorius durch einen Tumor.

Von Dr. Wilh. Sander.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1873, IV. Bd. 1. H. p. 234—243.)

Aus einer sehr detaillirten Krankengeschichte erfahren wir, dass der betreffende Patient, nachdem Ueberempfindlichkeit gegen früher gewohnte Alcoholica vorausgegangen war, durch $^1/_2$ Jahr eigenthümlichen Anfällen unterworfen war, die vom Verf. geradezu als epileptische in Anspruch genommen werden. Der Kranke liess eine Arbeit fallen, wurde roth im Gesichte, Schweiss trat ihm auf die Stirne und Wasser in den Mund, die Augen wurden etwas starr und mit dem Munde machte er kauende Bewegungen. Dauer 1—2 Minuten, Frequenz 4—12 täglich.

Eingeleitet wurden diese Anfälle durch eine „schreckliche" Geruchsempfindung, die so lange als das Bewusstsein während des Anfalles andauerte.

Hierauf setzten die Anfälle durch mehr als $^1/_4$ Jahr aus, um dann wieder durch $^1/_4$ Jahr mit Frostschauer complicirt zu bestehen. Mittlerweile hatte sich langsam Gedächtnissschwäche eingestellt, der Kranke konnte aber seiner Beschäftigung noch nachkommen. Seit einem Anfall mit einstündiger Bewusstlosigkeit kam er nicht mehr recht dazu. Es stellte sich bald „wahnsinniger" Kopfschmerz ein, der besonders während der nun mannigfachen Anfälle überhand nahm. Gedächtnissschwäche, Sehstörung bis zu völliger Blindheit — Geistesschwäche und Tod nach $^1/_2$ Jahr, nach $1^1/_2$ J. der ganzen Krankheit. Sprechen und Schlucken war immer normal geblieben, erst von der 4. oder 5. Woche vor dem Tode an wurde das rechte Bein etwas nachgeschleppt.

Die Section ergab ein Gliom, das hauptsächlich den linken Schläfenlappen einnehmend, auf Hinterhaupts- und Stirnlappen übergriff und bis auf einige Linien in die Orbita hineinragte. Die hintere Hälfte des Tractus olfactorius, sowie Nervus und Tractus opticus, Lamina perf. ant. und Corpora cand. waren mit einbezogen. Beide Ventrikel, besonders aber das linke Hinterhorn erweitert. Das Ammonshorn in der vorderen Hälfte, der Streifenhügel im hinteren Drittel mitergriffen, der Thalamus opticus wie in das Ventrikellumen durch eine Geschwulstmasse hineingedrängt. Der rechte N. opticus zeigte viele Körnchenzellen und verfettete Nervenfasern.

Der linke Linsenkern und die ganze rechte Hemisphäre intact.

Verf. legt das Hauptgewicht des Falles auf die epileptische Aura in Form von Geruchsempfindung und macht aufmerksam, dass sich kein anderes ätiologisches Moment als andauernder Aufenthalt in einem geschlossenen Raume mit hoher Temperatur nachweisen lasse. Eine Erklärung der epileptischen Anfälle aus der Erkrankung des Ammonshornes (Meynert) erscheint ihm nicht recht thunlich, weil jene hauptsächlich den Beginn der Krankheit charakterisirten, während diese wahrscheinlich erst später erfolgte.

Dr. J. Krueg.

Gehirnsyphilis.

Von Dr. Müller in Leutkirch.

(Corresp. Bl. d. deutsch. Gesellsch. f. Psych. u Psychol. 19. Jahrg. Nr. 4 und Nr. 5, 1873, April u. Mai.)

Verf. wendet sich zuerst gegen Braus, der uns die Gehirnsyphilis von allen anderen Krankheiten, nur nicht von „allgemeiner fortschreitender Paralyse" habe unterscheiden gelehrt; um dann von einem Kranken zu erzählen, der einem Paralytiker so ähnlich gesehen habe, dass er selbst ihn 4 Wochen lang dafür hielt,

bis sein Wärter ihn auf eine Auftreibung des Sternums aufmerksam machte. Jodkalium zu 4 Grm. täglich that dann seine Schuldigkeit, schon nach 8 Tagen zeigte sich wesentliche Besserung.

Die hochgradige Aehnlichkeit in den Symptomen der beiden Krankheiten führt Verf. auf die Gefässerkrankung zurück, die zwar in ihrer Wesenheit verschieden, in ihren Endresultaten aber gleich sei (Verengerung der Lumina).

Da nun aber die syphilitische Erkrankung im Gegensatze zur progressiven Paralyse nicht nur die Gefässe, sondern auch die Knochen des Schädels ergreife, folgert der Verf. weiter, so käme es auch zu Verengerungen der Nervenlöcher und dadurch zu „begrenzten Neuralgien, vollständigen Anästhesien oder vollständigen Lähmungen in einzelnen Nervengebieten.“ Wenn derlei oder Symptome einer Herderkrankung neben denen der allgemeinen Paralyse vorhanden seien, müsse man immer auf Gehirnsyphilis schliessen. Wenn — ?, in der erzählten Krankengeschichte ist übrigens nichts davon zu finden.

Dr. J. Krueg.

Zur Lehre von der Degeneration des Rückenmarkes.

Von Dr. Otto Obermeier, Assistenzarzt der Irrenabtheilung der Charité zu Berlin.

(Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. IV. Bd. 1873 1. H. p. 184—215.)

Verf. hat das Rückenmark von 52 Leichen untersucht, von denen 12 von Paralytikern, die meisten anderen von anderen Irrsinnsformen abstammten. Stücke der Vorder-, Seiten- und Hinterstränge aus dem Hals-, Rücken- und Lendentheil wurden einzeln genau durchmustert.

Bei den 12 Paralytikern fanden sich bei 11 viele, bei 1 wenige Körnchenzellen, während bei den andern 40 nur 8 viele, 6 wenige, 14 spärliche und 12 gar keine Körnchenzellen zeigten.

Fanden sich bei Nichtparalytischen Körnchenzellen in grosser Anzahl, so waren regelmässig, mitunter auffallende Gefässveränderungen zu beobachten. Diese kommen wohl auch bei Paralytikern häufig genug vor (5 von 12); aber es findet sich auch hochgradige Körnchenzellen-Bildung bei so gut wie intacten Gefässen, was bei Nichtparalytikern nicht vorkommt, von dem Verf. also ausdrücklich für die Paralyse in Anspruch genommen wird.

Dr. J. Krueg.

Ein Fall von halbseitiger Verletzung des Rückenmarkes.

Von Dr. Franz Riegel, Privatdocent in Würzburg.

(Berl. klin. Wochenschr. X. Jahrg. Nr. 18, 15. Mai 1873 p. 208—210.)

Ein junger Mann hatte einen Messerstich in den Nacken bekommen, rechts, 6 Ctm. unter der Prot. occip., der Stich ging wahrscheinlich nach links und durchtrennte die linke Rückenmarkshälfte. So machte es seine Richtung wahrscheinlich und die Symptome, während des Aufenthaltes auf der Würzburger Klinik, 7 Monate nach der Verletzung, die ganz den einschlägigen Versuchen Brown-Séquard's entsprechen.

Die ganze linke Körperhälfte vorne von der 1. Rippe, rückwärts von der Spina scapulae an, nach abwärts ist gelähmt (am Stamme die Intercostales) hyperästhetisch, bei Berührung ausserordentlich leicht zu Reflexactionen geneigt (Zittern). Der Umfang der linken Extremitäten geringer, ihre Temperatur niedriger als rechts (in der Kniekehle $0{\cdot}7^0$ bis 1^0 C. Unterschied). Faradisation wirkt viel weniger auf die Muskeln und ist ausserordentlich schmerzhaft. Die linke Pupille ist ein wenig enger, der Radialpuls etwas schwächer als rechts. Die rechte Körperhälfte in derselben Ausdehnung und ebenso scharf bis an die Mittellinie, stark anästhetisch, nur der Kraftsinn erhalten. Beweglichkeit nicht gestört.

Der Kranke war unmitelbar nach der Verletzung zusammengestürzt und, als er 5 Stunden darauf zur Besinnung kam, scheinen seiner Beschreibung nach bereits alle angeführten Symptome entwickelt gewesen zu sein.

Man war nur bestrebt die erhöhte Reflexerregbarkeit und Sensibilität der linken Körperhälfte, die dem Kranken sehr lästig war, zu vermindern und erreichte das auch durch 26 subcutane Injectionen von Tinctura Fowleri (Eulenburg) fast vollkommen, eine Besserung schon nach der 3. Injection, während dieselbe Tinctur per os genommen ohne Wirkung geblieben war.

Dr. J. Krueg.

Ueber multiple Sklerose des Hirnes und Rückenmarkes.

Von Dr. A. Buchwald in Breslau.

(Deutsches Arch. f. klin. Medicin X. Bd. Nr. 4, 5.)

Auf Grundlage zweier Fälle, die einer eingehenden anatomischen Untersuchung unterzogen wurden, kommt Buchwald zu folgenden Ergebnissen.

Die Gefässe sind an der Sklerosirung nur secundär betheiligt, der Process geht nicht, wie Rindfleisch will, von diesen aus.

Die einzelnen scheinbar isolirten Herde, welche der Degeneration anheim gefallen sind, stehen in directer Verbindung durch mehr oder minder veränderte Zwischenstücke. Die Sklerosirung schreitet auf anatomisch feststellbaren Bahnen fort, so dass der richtige Name für diesen Krankheitsprocess Sklerosis continua multiplex oder da vor allem die motorischen Centra befallen werden, Sklerose der motorischen Centra wäre.

Ferner geht der Process immer vom Gehirne und zwar vom Höhlengrau der Ventrikel und den motorischen Ganglien aus, secundär erst wird das Rückenmark ergriffen.

H. B. Obersteiner.

Die Coprophagie der Irren.

Von Dr. A. Erlenmeyer jun.

(Psychiatrisches Correspondenzbl. 1873, Nr. 2.)

Angeregt durch den in dieser Zeitschrift ausführlich mitgetheilten Vortrag des Prof. Lang über Skatophagie (Jhrg. 1872, Nr. 12. 1873, Nr. 1) hat der Verfasser auch seine Erfahrungen über dieses Symptom kund gegeben.

Er behält den Namen Coprophagie (richtiger Koprophagie) bei, und zählt auf 100 Kranke einen Koprophagen; die grösste Mehrzahl dieser Kothesser fällt auf das männliche Geschlecht.

In besonderer Relation zur Onanie scheint die Koprophagie nicht zu stehen; auch konnte ein nachtheiliger Einfluss auf die Ernährung nicht constatirt werden.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Degeneration des Ependyms und des unterliegenden Gewebes in der allg. Paralyse.

Von Magnan und Mierzejewsky.

(Archives de Physiologie norm. et patholog. 1872, Nr. 2.)

Nicht bloss in der Pia mater, sondern auch im Ventrikelependym des Gehirnes paralytischer Geisteskranker hat jener Reizungsprocess statt, der dort von der Peripherie zum Centrum, hier vom Centrum gegen die Peripherie vorschreitet (Ependymitis).

In sieben darauf untersuchten Fällen von paralytischer Geisteskrankheit sind die Ventrikelwände mit stellenweise bedeutenden Granulationen bedeckt; diese stellen sich als kleine runde Hervorragungen dar, welche gelappt, graulich, durchscheinend, am zahlreichsten in den hinteren Theilen des vierten Ventrikels sind.

In den Seitenventrikeln finden sie sich am reichsten um die Stria cornea herum. Diese Granulationen bestehen zum grössten Theil aus fasrigem Bindegewebe, das vom Ependym aus sich in die eigentliche Gehirnsubstanz fortsetzt. Das Epithel soll an verschiedenen Stellen zu Grunde gehen. (In den Fällen von Granulationen des Ependyms, die Ref. untersuchte, war, wenn das Präparat frisch oder nach einer gelungenen Conservirung untersucht wurde, das Epithel überall erhalten.)

H. B. Obersteiner.

Ueber Sehnervenkreuzung und Hemiopie.

Vorl. Mittheilung von Dr. E. Mandelstamm.

(Med. Centralbl. 1873, Nr. 22.)

Verf. hat auf anatomischem wie auf physiologischem Wege eine totale Kreuzung der Tractus optici im Chiasma nachweisen können.

Die Methode der anatomischen Untersuchung bestand im Zerfasern gehärteter menschlicher Chiasmen unter concentrirter Kalilösung, das physiologische Experiment wurde derart ausgeführt, dass ganz jungen Kaninchen Vierhügel und Thalamus opticus einer Seite abgetragen wurden, worauf sich am Ende der 7. Woche mit dem Augenspiegel totaler oder fast totaler Schwund sämmtlicher doppelcontourirter Nervenfasern der Retina des entgegengesetzten Auges bei voller Intactheit des gleichnamigen nachweisen liess.

Die Hemiopien, die sich nach dieser Auffassung der Sehnervenkreuzung bei verschieden gelegenen krankhaften Processen in der Schädelhöhle einstellen müssen, sind leicht verständlich.

Im Anschlusse sei bemerkt, dass Gudden gelegentlich der VIII. Vers. schweiz. Irrenärzte im Jahre 1872 als Resultate seiner Untersuchungen mittheilte, dass bei allen Thieren, bei denen das Gesichtsfeld ein nicht beiden Augen gemeinsames ist, die Sehnerven sich vollständig kreuzen, während bei allen anderen Thieren, also auch beim Menschen die Kreuzung nur eine theilweise ist (allg. Zeitsch. f. Psych. 30. Band).

H. B. Obersteiner.

Abwesenheit von Aphasie bei ausgebreiteter Zerstörung der vorderen Hirnlappen.

Von G. Bergmann in Stockholm.

(Deutsche Klinik 1873, 18 ff.)

Ein schwedischer Cavallerist wurde von einem Pferde gegen die Stirne geschlagen, so dass das Stirnbein in mehrere Stücke zerschlagen wurde, und die Hirnmasse aus der Wunde quoll.

Patient lebte noch 7 Tage nach der Verwundung, dabei blieb sein Bewusstsein meistens klar, von paretischen Erscheinungen war nur rechtsseitige Facialisparalyse und eine vorübergehende Lähmung des Detrusor zu constatiren. — Hingegen traten häufig Zuckungen besonders links in den oberen und unteren Extremitäten auf. Die Sensibilität, Gehör und Gesicht gut, das Gedächniss ungeschwächt — am 4. Tage trat stilles Delirium ein, aus dem der Kranke aber durch Anreden erweckt werden konnte; auch die Sprache war vollkommen erhalten.

Bei der Section erschienen beide Frontallappen theilweise, besonders aber der linke brandig zerstört. Linkerseits hatte die Degeneration die dritte (erste Meynert'sche) Frontalwindung vollständig und zum grossen Theil auch die Inselwindungen ergriffen, und dennoch war die Sprache nicht afficirt; wären die beiden letzterwähnten Gegenden linkerseits der ausschliessliche Sitz des articulirten Sprechens, so müsste, selbst wenn man annimmt, dass nach der Zerstörung der linken Seite die rechte vicariirend auftraten kann, doch eine gewisse Zeit verfliessen, bis der Kranke das vorher unbenützte Organ gebrauchen kann, während in diesem Falle die Sprache gar nie behindert war.

H. B. Obersteiner.

Anwendung des Aethylalkohols bei Geisteskranken.

Von Dr. Otto Obermeier.

(Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkkh. IV. Bd. 1. Hft. p. 216—226.)

Verf. hat sich in zwei Fällen des Alkohols mehr mit diagnostischem als bleibend therapeutischem Erfolge bedient und empfiehlt ihn auch zur Erleichterung der Differenzialdiagnose zwischen passiver Melancholie und melancholischer Verrücktheit oder Blödsinn, was schon bezüglich der Prognose seinen Werth hat.

Er gab in ansteigenden Dosen meist bis 100 selten 150 Grm. täglich vom „Spiritus frumenti Caritatis" der Charité (einer 30percentigen Mischung von Spir. vin. rectif. mit Aqu. font. und aromat. Zusätzen). Meist erst nach mehrtägigem Gebrauche wurden die Kranken aus ihrem Hinbrüten aufgerüttelt, konnten in Aeusserungen über ihren Zustand, selbst zum Briefschreiben und zu kleinen Handarbeiten gebracht werden, um kurze Zeit nach dem Aussetzen des Mittels wieder in ihren alten Zustand zu versinken.

Ihre Herzaction wurde dabei kräftiger, der Puls stieg von 64 bis 70 auf 80 bis 84, die cyanotische Färbung der Extremitäten wich einer frischeren, rothen, die Pupillen wurden sehr enge, die Temperatur unbedeutend verändert. Verf. lässt es unentschieden, ob dieselbe, äusserlich wohl constatirbare Einwirkung des Alkohols auf

die Kreislaufsorgane, sich auch auf die Gefässe des Gehirnes erstrecke und dadurch die angegebenen Zustandsveränderungen hervorbringe. Dr. J. Krueg.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 28. Juni 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Prof. Dr. Meynert: Ueber die Gehirnwindungen.
2. Primarius Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber die Prophylaxis gegen Trunksüchtige.
3. Dr. Höstermann: Ueber unbewusste Handlungen bei einem Epileptischen.

Einladung

zur

46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Nach Beschluss der in Leipzig abgehaltenen 45. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte findet die diesjährige Versammlung in Wiesbaden und zwar vom 18. bis 24. September statt.

Die unterzeichneten Geschäftsführer erlauben sich die Vertreter und Freunde der Naturwissenschaften und Medizin zu recht zahlreicher Betheiligung freundlichst einzuladen.

Die Versendung der Programme findet im Juli statt.

Wiesbaden, im Juni 1873.

Dr. R. Fresenius. Dr. Haas sen.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. Juli 1873. Nr. 7.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll vom 28. Juni 1873. — Axel Kay und Retzius. Studien in der Anatomie des Nervensystems. — Betz. Ueber das Gehirn von Idioten. — Benedikt. Ueber die Nerven des Plexus choroideus. — Lubimoff. Studien über die Veränderungen des geweblichen Gehirnbaues und deren Hergang bei der progr. Paralyse der Irren. — Meschede. Varix verus des Sinus durae matris falciformis. — Kotsonopulos. Zur Casuistik der Hirntumoren. — J. Arnold. Drei Fälle von primärem Sarkom des Schädels — Petrow. Ueber Veränderungen des sympathischen Nervensystems bei constitutioneller Syphilis. — Brown-Sequard. Ueber den Mechanismus der Symptome der Gehirnkrankheiten. — Obersteiner. Ueber den Status epilepticus. — Lincoln. Ein Fall von Gehirn-Congestion mit einer eigenthümlichen Reaction des N. supraorbitalis. — Jolly. Geistesstörung mit acutem Morbus Brightii. — Basch. Ueber den Magenschwindel und verwandte Zustände. — Goss. Paralysis bei einer Variolois-Kranken. — Schön. Briefe über Geistesgestörte.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 28. Juni 1873.

Vorsitzender: Prof. Meynert.

Herr Prof. Meynert dankt dem Vereine für die Wahl zum Präsidenten und spricht die Hoffnung aus, das Gedeihen und rege Leben des Vereins in dem Jahre seines Vorsitzes fördern zu können. Darauf hält der Vorsitzende seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Gehirnwindungen.

Der Vortragende wählt aus diesem erst seit Leuret durchwegs in seiner morphologischen Gesetzmässigkeit erkannten schwierigen anatomischen Gebiete nur die Windungen der Convexität zum Gegenstand.

Er erörtert in Kürze, dass die Convexität der Grosshirnhalbkugel im fötalen Beginne die schildförmige Aussenfläche einer linsenförmigen Hohlknospe des vorderen Gehirnbläschens sei. Vom vorderen Rande dieses Schildes beginnt ein Umkreis der Verwachsung der Hemisphärenwand mit dem Linsenkern, der nicht die Hälfte ihrer Länge erreicht und innerhalb dessen sie im Dickenwachsthum zurückbleibt. Um diesen ver-

tieften Bezirk (Sylvische Grube) erhebt sich der, am vorderen Hemisphärenrände fehlende übrige Bezirk als ein bogenförmiger Wall, der Urwindungsbogen mit einem Stirnende, einem Schläfenende, zwischen denen die Sylvische Grube mit ihrem Grunde, der Insel einspringt, und einem hinteren Schlusstück, der Hinterhauptgegend. Dieser Status findet sich am menschlichen Fötus noch im 5. Monat.

Als den Ausgangspunkt des Verständnisses bezeichnet Prof. Meynert die Thatsache, dass jener Urwindungsbogen vom 8. und 9. Fötalmonate an am Stirnlappen und am Schläfelappen sich in dieselben longitudinalen, die Sylvische Spalte umgebenden Bogen zerfallen zeigt, wie das mit Windungen versehene Gehirn aller Säuger.

Diesen Vergleich und anatomischen Grundtypus haben Leuret und Huschke in consequenter gleichartiger Zählung der Stirnbogenstücke und der Schläfenbogenstücke von der Sylvischen Grube aus festgehalten, während Rudolf Wagner und seine Nachfolger die Zählung in unwissenschaftlicher Weise abänderten, welchem Vorgang man nicht folgen dürfe. Der Vortragende macht das Vorhandensein der Longitudinalzüge an den Gehirnen des Bären, des Rehes, der Phoca, des Delphins und des Menschen ersichtlich.

Am leichtesten wird das Vorhandensein der Longitudinalwindungen bei den Affenhirnen mit Ausnahme der Primaten verkannt und man muss hier zunächst auf genetische, Menschen und Affen gemeinsame Furchen zurückgehen. Diese sind die mittlere Radiärfurche oder die Centralspalte, durch welche, abweichend von den ununterbrochenen Bogenzügen bei dem Gros der Säugethiere, der Stirnlappen als ein mächtiger Organcomplex der Hirnrinde abgegrenzt wird. Vor und hinter der Centralspalte bilden sich in ziemlichem Abstand von dem oberen Rande der Sylvischen Spalte die vordere und die hintere Radiärfurche (Bischoff) Sulcus praecentralis und Sulcus parieto-occipitalis (Ecker) (Sulcus retrocentralis). Der Sulcus praecentralis verläuft in einem Bogen nach oben und vorn und gibt bei Affen einem keilförmigen, nach vorn verschmälerten Rindenbezirk seine untere Begrenzung, welche der verschmolzenen oberen Hälfte der vorderen Centralwindung mit dem dritten (obersten) Longitudinalzuge entspricht.

Zugleich begrenzt der obere Schenkel dieses Bogens von unten her den mittleren Stirnzug. Die Masse, welche dieser Sulcus praecentralis nach rückwärts begrenzt, zerfällt in zwei longitudinale Züge durch eine durchgreifende, bis zur vorderen Stirnhirnfläche reichende Longitudinalfurche. Nach der oben berührten Abgrenzung eines obersten Longitudinalzuges scheidet letztere Furche noch einen 2. und 1. (mittleren und untersten) Zug ab. Die von Gratiolet in diesem Sinne verwerthete Furche wurde von Bischoff und Pansch als eine dem Affenhirn eigene Bildung angesehen, offenbar darum, weil die entsprechende untere Stirnfurche des Menschen häufig vorkommen-

der Ueberbrückungen wegen nicht soweit nach vorne reicht als beim Affen. Prof. Meynert aber gewann von der Identität beider Furchen dadurch Ueberzeugung, dass er auch im menschlichen Gehirne Exemplare fand, welche der Ueberbrückung dieser Furche entbehrten, so dass sie gleich weit an der vorderen Fläche des Stirnlappens reichte, wie bei den Affen.

Die grösste Schwierigkeit bietet an der Gehirnrinde die Scheitelgegend und Hinterhauptsgegend. Hier besitzt 1. das Menschen- und Affengehirn nur zwei, nicht drei Longitudinalzüge, aus welchen dennoch die drei Longitudinalzüge des Schläfelappens wieder hervorgehen, und 2. zeigt das Gehirn des Affen in seinem grossen, bei den Meerkatzen ganz glatten, bei den Pavianen mit geringer Furchung versehenen Hinterhauptlappen, eine mit Gehirntheilen des Menschen anscheinend unvergleichliche Bildung. Dieser Hinterhauptlappen überragt nach vorn benachbarte Gebilde als Klappdeckel, und dieser vordere freie Rand begrenzt die sogenannte äussere Hinterhauptspalte oder Affenspalte. Der zweite obere Scheitelzug wird vom ersten, dem unteren durch die hintere Radiärfurche Bischoff's, die retrocentrale Furche geschieden, welche von Ecker beim Menschen als Sulcus occipito-temporalis bezeichnet wird. Diese Bezeichnung passt für die Affengehirne nicht, weil die Furche hier eine nur parietale ist, und vor dem Hinterhauptlappen, der die ganze Höhe der Aussenfläche einnimmt, endet.

Der erste Scheitelzug bildet beim Affen zwei hintereinanderliegende Bogen. Durch den vorderen steigt dieser Zug zur ersten Schläfewindung herab, durch den zweiten zur zweiten Schläfewindung. Hinter beiden Bogen liegt die Affenspalte und der Hinterhauptlappen. Dieser Lappen geht durch Gratiolet's sogenannte Uebergangswindungen gleichsam mit Wurzeln vom hinteren Rande der zweiten Schläfenwindung aus und kehrt am unteren Rande des Schläfelappens durch einen aufsteigenden Zug (untere Wurzel des Hinterhauptbogens) zum zweiten Schläfenzuge zurück. Die einfache Furchung des Hinterhauptlappens beim Affen bildet gleichsam das bei niederen Formen fehlende Lumen dieses, mit dem zweiten Schläfenzuge verbundenen bogenförmigen Anwuchses, vor dessen unterer Wurzel eine senkrechte Furche besteht.

Beim Menschen wird die blosse Parietalspalte (Retrocentralspalte) des Affen zu einer Parietooccipitalspalte. Der obere Scheitelzug findet, von häufigen Ueberbrückungen (sowie von der nicht seltenen Unterbrechung durch eine bis zum oberen Hemisphärenrand reichende Höhe des zweiten Scheitelbogens) abgesehen, eine Fortsetzung bis zur Hinterhauptspitze und von da in den dritten Schläfenzug.

Von einem die ganze Höhe der Hemisphäre einnehmenden, vorn durch eine äussere Hinterhauptspalte abgegrenzten Hinterhauptlappen ist nichts zu bemerken. Dieser bei Affen so überwie-

gende Hemisphärentheil, der immerhin doch nur ein fast kreisförmiger Auswuchs des zweiten Schläfenzuges war, liegt beim Menschen jedenfalls unter der Occipitalfurche und ist häufig sehr vollkommen als ein auf den zweiten Scheitelbogen (Lobulus tuberis) folgender dritter Bogen, welcher die zwischen dem zweiten und dritten Schläfenzug verlaufende Furche umkreist, ersichtlich, der wie der Hinterhauptlappen der Affen hinter einer, dadurch entstehenden Kerbe des dritten Schläfenzuges eine untere Wurzel zum zweiten Schläfenzug schickt. Bischoff hat dieses Organ einen dritten Scheitelbogen genannt, doch wird die Bezeichnung äusseres Hinterhauptläppchen richtiger sein, indem es aussen, wie der Hinterhauptlappen der Affen, genau dem oberen Hinterhauptläppchen Huschke's, dem Zwickel, gegenüberliegt. Indem dieser den Hinterhauptlappen der Affen vertretende bogenförmige Anwuchs des zweiten Schläfenzuges nach vorn durch keinen Klappdeckel abgesetzt ist, ist eine Affenspalte beim Menschen noch nicht aufgefunden worden. Die dafür gehaltene, nicht selten auffindbare äussere Hinterhauptspalte endigt über dem oberen Bogen des äusseren Hinterhauptläppchens, bildet daher nicht seinen vorderen Rand, ist mit der Affenspalte nicht identisch. Die Grösse des äusseren Hinterhauptläppchens ist wechselnd, seine Begrenzung durch Anastomosen mit dem oberen Scheitelzuge und der Spitze des Hinterhauptlappens etc. oft verwischt.

Die vorgetragenen Thatsachen demonstrirte Prof. Meynert an menschlichen Gehirnen, wie an solchen von verschiedenen Thieren.

Herr Prof. Betz aus Kiew knüpft an diesen Vortrag eine längere Discussion.

Dann trägt Dr. Höstermann die Krankengeschichte eines Epileptikers vor, bei dem seit 20 Jahren nach einer Verwundung durch einen Bajonnetstich und einem im nachfolgenden Jahre überstandenen Typhus die Anfälle aufgetreten sind, theils in der Form vollständig ausgebildeter, theils in der incompleter Anfälle, als Vertigo epileptica, in denen Patient nur für kurze Zeit das Bewusstsein verliert, ohne hinzustürzen. Während dieser leichten Anfälle, denen ebensowenig wie den ausgebildeten ein Auragefühl vorhergeht, auf die Patient nur durch Kopfschmerz und Verstimmung aufmerksam wird, fährt er in der eben begonnenen Beschäftigung fort, wobei dann Fehler und auch Verletzungen unvermeidlich sind. An diese seine Handlungen, die ganz das Gepräge der Zweckmässigkeit tragen, weiss Patient nachher sich nicht zu erinnern. Mehreren von dem Kranken beigebrachten Beispielen reihen sich einige auf der Klinik gemachte Beobachtungen an; so wurde der Kranke einmal während des Nähens einer Decke, von einem solchen leichten Anfall überrascht, und man sah, dass er allerdings äusserst langsam aus- und einstechend, ruhig weiter nähte. Ein anderes Mal war er gerade mit Stiefelputzen beschäftigt; er hatte einen Stiefel gereinigt, und

bei dem zweiten bemerkte der Wärter, dass Patient etwa 5 Minuten lang automatisch die Bürste über den Stiefel hin- und herführte, ohne von der Stelle zu rücken. Er nahm ihm die Sachen weg und legte ihn zu Bette; später wusste der Kranke weder von seinem Anfalle, noch davon, dass er überhaupt Stiefel geputzt hatte.

Auch in den stärkeren Anfällen sind die Bewegungen weniger unregelmässige Zuckungen, als vielmehr Nachbilder gleichsam von Handlungen, zuweilen sogar sehr complicirt und zweckentsprechend.

Eine hierher gehörige That, welche der Kranke nach 3monatlicher Untersuchungshaft mit 7 Wochen Gefängniss büsste, berichtet er sehr genau; er wurde im Januar 1871 auf dem Heimwege aus dem Wirthshause, in dem er sich geärgert hatte, überfallen; Schreck und Zorn führten sofort einen epileptischen Anfall herbei. Er erinnert sich, dass er zu Boden geworfen wurde; weiss aber nur durch die Erzählung Anderer, dass er sein Messer gezogen, es geöffnet und seinem Gegner in den Rücken gestossen habe.

Während seines Aufenthaltes auf der Klinik ereignete es sich, dass er in einem stärkeren von längerem Coma gefolgten Anfalle sich drei gesunde, festsitzende Backenzähne ausbrach und erst in der Frühe durch die Blutflecken und die auf der Decke liegenden Zähne auf die Selbstbeschädigung aufmerksam wurde.

Mehrmals konnte beobachtet werden, dass die letzten von der Bewusstseinspause ausgeführten Handlungen keine Erinnerungsbilder zurückliessen. So erinnerte sich Patient bei der Einbringung in die Anstalt recht gut, dass er in Wiener-Neustadt in Conflict gerathen war; was aber weiter mit ihm geschehen, wo er jetzt sei, wusste er eben so wenig als er Auskunft geben konnte über die Ereignisse der dem Anfall vorhergehenden Zeit, z. B. über den zuletzt vor dem Conflicte zurückgelegten Weg.

Dr. C. Höstermann, Schriftführer.

Studien in der Anatomie des Nervensystems.

Von Prof. Axel Key und Dr. G. Retzius in Stockholm.

(Arch. f. mikr. Anat. IX. 2.)

Dieser an Thatsachen reiche Aufsatz enthält zuerst eine sehr eingehende Beschreibung des Verhaltens der Rückenmarkshäute.

Was zuerst die Verbindung zwischen Arachnoidea und Dura spinalis betrifft, so findet man an der hinteren Hälfte des Halstheiles zahlreiche Balken zwischen den beiden Häuten hinüberlaufend, welche äusserst kurz, auch nur ein sehr geringes Auseinanderweichen beider Membranen gestatten, und nach abwärts an Zahl abnehmen.

Der subarachnoidale Raum zwischen Arachnoidea und Pia wird durch die beiden Ligamenta denticulata in einen vorderen und hin-

teren spinalen Subarachnoidalraum getheilt; während ersterer nur von wenigen Balken durchzogen nicht in kleinere Abtheilungen zerfällt, verbinden im hinteren Spatium sehr zahlreiche Bindegewebszüge die Pia mit der Arachnoidea, stehen besonders dicht in der Mittellinie und bilden hier endlich gegen abwärts eine eigentliche Membran, das Septum posticum.

Diese Balken bestehen aus feineren oder dickeren Bündeln von Bindegewebsfibrillen, welche von einer zarten Scheide eingeschlossen sind. Diese Scheide stellt ein Häutchen dar, das aus endothelartigen Zellen mit deutlichen Kernen zusammengesetzt, und nach Silberbehandlung besonders klar darzustellen ist. In den Maschen zwischen den Balken streift oft dieses Häutchen beiderseits zwischen den Bündeln hinüber, die Lücke ausfüllend. — Solche Balkennetze mit ihren Scheiden und den von diesen gebildeten Häutchen setzen auch die eigentliche Arachnoidea zusammen.

Bei der Essigsäurebehandlung platzt diese feine Scheide häufig um die Arachnoidalbündel herum, und schnürt diese an einzelnen Stellen zusammen, wodurch die bekannten Bilder von den „umspinnenden elastischen Fasern" entstanden.

Die Pia spinalis besteht aus zwei Schichten, von denen die äussere aus longitudinalen Faserbündeln besteht, welche mit den zur Arachnoidea ziehenden Balken in Verbindung treten und einen wesentlich ähnlichen Bau zeigen. — Die innere Schichte, die intima Pia, setzt sich selbst wieder aus drei Schichten zusammen, nämlich einem äusseren begrenzenden Zellenhäutchen, mit einem elastischen longitudinalen Netzwerk, einer Mittelschicht mit steifen, im Allgemeinen rautenförmig angeordneten circulären Fasern, und einem inneren, dünnen, nach dem Rückenmark hin abschliessenden Zellenhäutchen ebenfalls mit einem feinen elastischen Netz nach der circulären Schicht zu. — Dieses innerste Zellenhäutchen liegt dicht auf der Oberfläche des Rückenmarkes und ist mit einer dünnen Flächenschicht von Neuroglia leicht vereinigt, aber doch so innig, dass kein freier Zwischenraum (Epispinalraum von His) entsteht.

Die Intima Pia begleitet alle in's Rückenmark eintretenden Gefässe, indem sie trichterförmig beginnende Scheiden bildet; an der Bildung der Septa des Rückenmarkes hingegen hat auch die äussere longitudinale Schicht der Pia Antheil.

Injicirt man eine flüssige Masse in den Subarachnoidalraum, so füllt sich zuerst dieser vollständig, dann dringt die Masse durch die Maschen der äusseren Piaschichte und kann auf diesem Wege in die erwähnten Trichter und weiter zwischen den Gefässen des Rückenmarkes und ihren Scheiden sich verbreiten, nie aber tritt sie durch die intima Pia an's Rückenmark, oder zwischen dieses selbst und die Gefässscheide.

Die abgehenden Nervenwurzeln erhalten eine doppelte Scheide, von der Dura und Arachnoidea. In den spinalen wie in den sym-

pathischen Ganglien lässt sich ein äusserst reichliches Lymphnetz injiciren, welches die Nervenfasern und die Kapseln der Ganglienzellen umgibt, und nicht in die äusseren Lymphgefässe der umgebenden Organe ausmündet, sondern in directem Zusammenhang mit den Subarachnoidalräumen steht.

In den peripheren Nerven wird eine dreifache Bindegewebsumhüllung angenommen.

Jedes Nervenbündel besitzt eine Umhüllung, Perineurium, von welchem feine Scheiden in's Innere der Bündel zwischen die Nervenfasern dringen, Eudoneurium. Die Bündel aber werden wieder zusammengehalten und zum Nerven vereinigt, durch das Epineurium.

Das ganze Perineurium besteht aus feinen Häutchen, von ähnlicher Zusammensetzung wie die Lamellen der Arachnoidea. Die Injectionsmasse breitet sich zwischen diesen Lamellen aus und umgibt sowie das Perineurium die Nervenbündel, dringt dann in diese ein, und längs der Blätter des Eudoneurium um die einzelnen Nervenfasern herum.

Die Verfasser haben auch am Menschen sich von der Anwesenheit jener Erscheinungen überzeugt, die sich an den Nervenfasern zwischen den Kernen der Schwann'schen Scheide finden, und auf welche zuerst aufmerksam gemacht zu haben das Verdienst Ranvier's ist. An Stelle der Einschnürung pflegt die Markscheide in der Regel von beiden Seiten her zugespitzt zu werden.

Auf die Verhältnisse der peripheren Nervenorgane besonders der Pacini'schen Körperchen können wir hier nicht eingehen.

H. B. Obersteiner.

Ueber das Gehirn von Idioten.

Von Prof. Betz aus ~~Wien~~. Kiew.

(Vortrag gehalten in der Sitzung d. Gesellsch. der Aerzte in Wien vom 13. Juni 1873.)

Der Vortragende demonstrirt die Gypsabgüsse des Gehirns eines Schwachsinnigen und zweier Idioten, Schnitte aus denselben und zugleich zum Vergleiche die Abgüsse von normalen, kindlichen und Affengehirnen (Schimpanse und grosser Pavian). Er hebt die geringe Entwicklung der Fissura occipitalis externa beim normalen Erwachsenen hervor, während beim Affen diese Fissur beständig sehr tief ist und mehrere Windungen in der Vertiefung enthält. Beim Idioten ist diese Fissur vorhanden mit dem Unterschiede, dass selbe in der Tiefe keine Uebergangswindungen hat. Auch beim Embryo im 7. Monat existirt diese Fissur bis zur Geburt. Es ist jedoch das Gehirn des Idioten nicht als Affengehirn anzusehen, weil das Charakteristische in der Anordnung der grauen Substanz liegt.

Der Vortragende beschränkt sich das abnorme Verhalten des Claustrums zu demonstriren. Während beim normalen Menschengehirn das Claustrum am Gyrus praecentralis deutlich beginnt, so fällt der Beginn beim Idioten vielmehr rückwärts. An einem der beiden Gehirne fliesst das Claustrum zusammen mit der grauen Substanz der Oberfläche und sendet seine Ausläufer in das Operculum Blumenbachii und in den Gyrus temporalis superior; im andern fliesst die Vormauer zusammen mit der grauen Substanz der Insel. Hier endet sie und kommt nach einiger Distanz nach hinten wieder im zweiten unteren Temporalläppchen zum Vorschein. In dem zweiten Gehirne ist ein besonderer grauer Kern wie eine Traube, und von diesem Kerne aus beginnt der N. opticus, während die Corpora geniculata fehlen.

Während ferner beim normalen Menschen die graue Substanz der Centralganglien als eine zusammenhängende Masse vom Vortragenden nachgewiesen wurde sei diese graue Substanz beim Idioten auseinander geworfen.

Ueber die Nerven des Plexus choroideus.

Von Prof. Benedikt.

(Vortrag geh. in der Sitzung der Gesellsch. der Aerzte in Wien am 13. Juni 1873.)

Verf. theilt mit, dass es ihm gelungen ist den directen Eintritt von Nervenfasern aus der Medulla oblongata in den Plexus choroideus inferior zu beobachten. Man kann dies einerseits so studieren, dass man den Plexus chor. inf. ablöst und besonders an frischen, kurze Zeit in Müller'sche Flüssigkeit gelegten Präparaten den Eintritt doppelt contourirter Fasern in den Plexus vom Rande aus constatirt, was auch besonders gut nachzuweisen gelingt an mit Aetznatron behandelten Präparaten. Es ist ferner gelungen nachzuweisen, woher diese Fasern aus der Medulla oblongata kommen. An einem verlängerten Marke zeigte sich ein Riemchen, das schräg nach aufwärts von dem Funic. teret. über die Ala cinerea nach aussen ging. Ein Schrägschnitt in dieser verticalen Richtung zeigte, dass dieses Riemchen der Ausdruck einer Leiste von aufsteigenden Fasern ist, von der der Plexus abgerissen ist.

Die Fascie sieht man gegen einen Zellhaufen im Corp. restiforme gehen, in welchem sich neben vielen kleinen runden Zellen kolbige Zellen finden, welche die Gestalt jener haben, die Betz als vasomotorische bezeichnet hat, und ausserdem Zellen ähnlicher Gestalt, welche den Gefässen anliegen, ein Verhalten, welches Betz ebenfalls als charakteristisch für die betreffenden Zellen angibt.

Was die Ausbreitung dieser Fasern im Plexus antrifft, so gibt der Vortragende an, dass er diese Nerven zu den grossen Gefässen treten und dort grosse Plexusse bilden sah. Ausserdem sah er an und in der Umgebung der kleineren Gefässe an Goldpräparaten Gebilde, welche ihm unzweifelhaft als Terminalnetze von Nerven erscheinen.

An Zerzupfungspräparaten sah der Vortragende gröbere Fasern in Endothelhaufen eintreten und sich dort verzweigen, und andererseits Fasern an Endothelzellen treten. Der Vortragende glaubt, dass diese Fasern Endigungen nervöser Fasern sein dürften.

Studien

über die Veränderungen des geweblichen Gehirnbaues und deren Hergang bei der progressiven Paralyse der Irren.

Von Dr. Alexis Lubimoff.

(Virchow's Archiv. 57. Bd.)

Verfasser stellte in Prof. Meynert's Laboratorium mikroskopische Untersuchungen an verschiedenen Theilen des Centralnervensystems von 14 nach Dementia paralytica gestorbenen Kranken an.

Den ersten Theil der Arbeit bilden die Krankengeschichten, Sectionsbefunde und eine an diese geknüpfte Uebersicht der bei den einzelnen Fällen gefundenen hauptsächlichen mikroskopischen Veränderungen.

Der zweite ungleich wichtigere Theil enthält in klarer übersichtlicher Ausführung die genauere Darlegung und Besprechung der pathologischen Veränderungen. Nach den eingehenden Arbeiten Meynert's, Meschede's u. A. über dieses Gebiet ist natürlich ein grosser Theil der vorliegenden Schrift eine mit vielem Fleisse durchgeführte Nachuntersuchung, bei der Verfasser durchwegs zu denselben Resultaten gelangt, andererseits bietet er aber auch verschiedene werthvolle eigene Beobachtungen und Erwägungen, erläutert durch gute Abbildungen.

Verfasser wendet zuerst seine Aufmerksamkeit den Gefässen zu, bei denen er Thrombose, capilläre Apoplexie, Pigmentschollen, kurz die Residuen früher bestandener Hyperämien sowie deutliche Kernwucherung findet. — Für die von L. Meyer behauptete Gefässvermehrung fand Verf. keine deutlichen Merkmale. Die Bindegewebszellen erschienen ihm bedeutend vermehrt; wo dies nicht der Fall zu sein scheint, findet man wenigstens, besonders an der Grenze von Rinde und Mark zwischen deutlichen Bindegewebszellen Gruppen von Kernen, offenbar Derivate derselben. Zuerst findet er sie von spinnenförmiger Gestalt, um den Kern eine deutliche

Aussenschicht, von der viele Fortsätze — einzelne mit den Gefässwandungen in Verbindung stehend — ausgehen. Weiter vergrössert sich der Kern, theilt sich und schliesslich entstehen aus der Zelle Kernnester.

Das Protoplasma ist theils sehr stark gequollen, theils, besonders häufig im Mark, nur in verschwindender Menge vorhanden: für letztere Formen wählt Verfasser den Ausdruck: „Kern mit dem Charakter der weissen Blutkörperchen.“ — Die Fortsätze sind lang, schmal oder gequollen.

Am häufigsten finden sich die Bindegewebszellen in der Nähe der Gefässe in der 5. Rinden- und angrenzenden Markschichte, welch letzteres Verhalten Verf. der hier bestehenden erschwerten Blutcirculation zuschreibt, indem die von der Pia eindringenden Gefässe durch die Rinde radiär verlaufen, während in der angrenzenden weissen Schichte die Gefässe meist der Rinde parallel liegen. Seltener sind die Bindegewebszellen in den anderen Schichten, ausgenommen die erste. Dieses Vorkommen scheint dem Verf. gegen die Ansicht zu sprechen, dass die Dementia paralytica als Periencephalitis aufzufassen, als ein Process, der von aussen nach ihnen sich verbreitet. Das zahlreichere Erscheinen dieser Zellen kann auf einer wirklichen Vermehrung oder auf einem Deutlicherwerden derselben beruhen.

Das feinfaserige Aussehen der Neuroglia besonders in der 1. Schichte ist von der Entwicklung des Bindegewebes abhängig.

Die Nervenzellen zeigen die Erscheinungen des Aufgequollenseins und dann des Zerfalles oder der Sklerosirung. Bei dem ersten Processe sind die Kerne gequollen, mit mehr weniger Protoplasma umgeben, oft getheilt. Kern und Protoplasma sind je nach dem Stadium der regressiven Metamorphose mehr weniger schwach imbibirt. Das Protoplasma zeigt moleculären Zerfall.

Bei der Sklerosirung stellt die Zelle eine homogene, wachsartige Masse dar. Die Axencylinder nehmen oft an diesem Processe Theil, werden brüchig.

In einem Resumé beleuchtet Verf. auf Grund seiner Untersuchungen die von Prof. Meynert dargelegte Ansicht, dass aus der primären Hyperämie die Störung des Saftverkehrs, die Veränderung an den Saftzellen, die Aufnahme von Substanzen aus der Protagonquelle sowie der Zerfall der Nervenzelle sich entwickeln.

Die Hyperämie beruht auf einer Affection des Sympathicus, wofür ihm besonders die Wolff'schen Pulscurven sprechen.

Die Symptome der Dementia paralytica lassen sich aus der vorwiegenden Affection des Stirnhirnes erklären; doch fand Verf. auch in den Ganglien und um die Facialis- und Hypoglossuskerne pathologische Veränderungen.

Dr. C. Höstermann.

Varix verus des Sinus durae matris falciformis.

Von Dr. Franz Meschede.

(Archiv für path. Anat. etc. v. Virchow. 57. Bd. [V. Folge, 7. Bd.] 3. und 4. Heft, v. 10. Juni 1873, p. 525 bis 527.)

Der betreffende Kranke war seit seinem 6. Jahre epileptisch, seit seinem 29. mit Wahnideen meist depressiver Natur behaftet, die nur unter dem Einflusse von häufig auftretenden intensiven Cerebralcongestionen in Grössenideen umschlugen, häufiger aber ganz freie Zwischenräume liessen. Im 37. Jahre starb er an Meningeal-Apoplexie. Bei der Section fand sich ausser dieser und einer enormen Erweiterung der Venen der Pia und Blutüberfüllung in allen Sinus, an der linken Seite des Sin. longitud. sup. ein bohnengrosser Sack anhängend, der mit dem Sinus communicirte und mit weichgeronnenem Blute gefüllt war. Der Sinus selbst war hinter dieser Stelle durch beiderseitige Knochenlamellen eingeengt, eine dritte sass ihm links vorne auf. Das Scheitelbein über den Varix war bis zur Papierdünne usurirt. Sonst mag noch erwähnt sein, dass der Schädel Zuckerhutform zeigte, die Arachnoidea getrübt, das Ependym des 4. Ventrikels gelblich und erweicht war. Stirnlappen etwas atrophisch, Mittelstreifen der Corticalsubstanz stellenweise verbreitert, rechtes Hinterhorn verwachsen, Ammonshorn nicht merklich verhärtet.

Als ursächlicher Moment werden die häufigen epileptischen Anfälle durch 31 Jahre, die sich durch stark ausgeprägten Trachelismus auszeichneten, in Anspruch genommen nebenbei auch die Osteome der Falx.

Dr. J. Krueg.

Zur Casuistik der Hirntumoren.

Von Dr. Epaminondas Kotsonopulos, prakt. Arzt in Nauplia.

(Arch f. path. Anat. etc. v. Virchow. 57. Bd. [V. Folge 7. Bd.] 3. u. 4. Heft, v. 10. Juni 1873, p. 534—537).

I. Echinococcus cerebri.

Bei einem 14jährigen Jüngling ergab die Section die ganze rechte Hemisphäre von einer Echinococcusblase eingenommen förmlich substituirt, während das übrige Gehirn intact war.

Seit $1^1/_2$ Jahre war er an der ganzen linken Körperseite paralytisch, die Paralyse hatte an den Händen begonnen; das rechte Auge war amblyopisch, seine Pupille erweitert, am rechten Ohr hörte er schlechter.

Die Sensibilität der paralytischen Seite und die Hirnfunction intact. 15 Tage vor dem Tode traten Sprachstörungen, Erweiterung

der Pupillen, Contracturen, Gefrässigkeit, Convulsionen und Coma nach einander auf.

II. Sarkoma durae matris.

Bei einem 40jährigen Manne fand sich oben am linken Stirnlappen ein halbkugeliges aprikosengrosses hartes Sarkom. Die Hirnsubstanz um den Tumor herum war weiss, erweicht.

Zwei Jahre vor dem Tode hatte die Krankheit mit ausgesprochenen Schwindelanfällen begonnen, die in Epilepsie übergingen. Qualvolle Kopfschmerzen raubten den Schlaf, besonders in den letzten 4 Monaten, in welcher Zeit auch die Sprache stammelnd und undeutlich wurde. Die Schmerzen gingen von der Stirne aus und strahlten über den ganzen Kopf aus. Schon ziemlich im Beginne wurde bemerkt. dass der Gang des Kranken „nicht standhaft" war, ohne dass sich Parese hätte nachweisen lassen. Melancholische Verstimmtheit trat auch ziemlich frühzeitig auf.

Der Kranke hatte wohl 12 J. vor seinem Tode Syphilis überstanden, aber mittlerweile gesunde Kinder gezeugt, was zusammengehalten mit dem Umstande, dass sich in der Geschwulst keine fettig degenerirten Stellen fanden (Virchow), den Verfasser in der Epikrise Syphilis als Ursache des Tumors ausschliessen liess, während er sie in der Diagnose angenommen hatte.

Dr. J. Krueg.

Drei Fälle von primärem Sarkom des Schädels.

Von Dr. Julius Arnold in Heidelberg.

(Arch. f. path. Anat. etc. v. Virchow, 57. Bd. [V. Folge 7. Bd.] 3. u. 4. Heft, v. 10. Juni 1873, p. 298 bis 320 und 1 Tafel.)

Der I. Fall betrifft ein primäres ossificirendes periostales Sarkom der Schädel- und Antlitzknochen, das fast die ganze rechte Gesichtshälfte eines 16jährigen Knaben einnahm und noch gänseeigross in die mittlere Schädelgrube prominirte. Stirn und Schläfelappen hatten an der correspondirenden Stelle entsprechende Vertiefungen und waren dort etwas anämisch, sonst normal. Von den Nerven waren der Opticus, Oculomotorius, Trigeminus und Trochlearis mehr minder atrophisch.

Neuropathische Symptome finden sich in seiner Krankengeschichte keine angegeben. Sehvermögen und Augenspiegelbefund in dem exophthalmischen rechten Auge waren bei der letzten Untersuchung (2 Jahre vor dem Tode) noch normal.

Der II. Fall betrifft multiple myelogene Sarkome des Schädeldaches, ausgehend von einer Geschwulst in der Gegend der vorderen Fontanelle. Sie waren wohl nach aussen aber sehr wenig gegen

das Gehirn zu prominent; das Gehirn mit seinen Häuten schien auch kaum alterirt. Ausserdem waren gleichartige multiple Geschwülste in den Rippen und Metastasen in der Leber und Milz, die Lymphdrüsen allenthalben ergriffen. Der Tod des 49jährigen Mannes erfolgte 7 Monate nach dem Sichtbarwerden der Geschwulst.

Von einschlägigen Symptomen ist Kopfschmerz von Beginn bis Ende der Krankheit (später auch Schmerzen im Thorax) und Schwindel beim Bücken angegeben. Dabei habe der Kranke das Gefühl gehabt, als ob ihm etwas vom Kopfe herabhänge.

Der III. Fall ist wie der II. ein myelogenes Sarkom, aber nicht primär am Schädeldache, sondern an der Schädelbasis und den obern 4 Halswirbeln entstanden. Durch deren Auftreibung ist der Rückenmarkskanal verengt und entsprechend dem 2. und 3. Halswirbel auch nach rückwärts geschoben. Das Rückenmark ist daselbst comprimirt, an der Uebergangsstelle des 3. in den 4. Halswirbel geknickt und verschmälert, sowie in der Substanz grau verfärbt.

Die Substanz des Gross- und Kleinhirnes zeigt venöse Hyperämie und Oedem, die Pia hochgradig getrübt und serös infiltrirt, die Dura venös hyperämisch.

Ausserdem fand sich noch ein Sarkomknoten in der 4. rechten Rippe.

Der 51jährige Mann hatte mehrmals und andauernd von seinem 19. J. ab an Ischias gelitten, 9 Jahre vor seinem Tode bekam er neuralgische Schmerzen in der Ellbogengegend und bald darauf anfallsweise Schmerzen im Hinterhaupte, besonders unter der Einwirkung hoher Temperaturgrade. Zwischen hinein hatte er wieder Ischias rechterseits. Die Schmerzen im Hinterkopfe wurden immer ärger, Lähmung trat aber erst in der letzten Woche auf und zwar in der rechten oberen Extremität. Zu dieser Zeit gab es auch Schlingbeschwerden, aber das Bewusstsein war bis zuletzt erhalten.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Veränderungen des sympathischen Nervensystems bei constitutioneller Syphilis.

Von Dr. P. Petrow.

(Virch. Arch. LVII. 1. Heft.)

An 12 Individuen, welche unzweifelhaft mit constitutioneller Syphilis behaftet waren, konnte Verf. anatomische Veränderung im Gebiete des N. sympathicus auffinden, welche entweder die Ganglienzellen oder das interstitielle Gewebe betrafen. In jenen Fällen hat das Pigment in den Ganglienzellen bis zu deren völligem Untergang zugenommen, mitunter wuchert das Epithel der Zellkapsel. Auch

colloid entartete Zellen kommen vor. Andererseits aber entstehen neben der Entwicklung interstitieller Processe in verschiedenen Organen ähnliche Veränderungen auch im Bindegewebe des N. sympathicus; mit der Hyperplasie des Bindegewebes kommt es auch zur Atrophie der Nervenfasern und Zellen.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Mechanismus der Symptome der Gehirnkrankheiten und die Anwendung der Kenntniss desselben auf die Behandlung.

(The mechanism of production of Symptoms of diseases of the brain, and the conclusions to be drawn from the knowledge of that mechanism for the treatment of those diseases.)

Nach einem Vortrage von C. E. Brown-Sequard in Boston am 5. April 1873.

(The Boston medical and surgical Journal, Bd. LXXXVIII, Nr. 19, 8. Mai 1873, p. 465 bis 467.)

Dem Referate der Herren Webber und Putnam in der angeführten Zeitschrift entnehmen wir, dass B.-S. hauptsächlich über die Schwierigkeit gesprochen habe, den Zusammenhang der Symptome mit der entsprechenden Localerkrankung im Gehirn festzustellen. Einmal ist es überhaupt schwierig, bestimmten Theilen des Gehirnes bestimmte Functionen zuzuweisen, wenn Thatsachen vorliegen wie die, dass Theile des Gehirnes, ja eine ganze Hemisphäre eliminirt sein könnten, ohne dass die entsprechenden Symptome bemerkbar waren; ebenso könnte auch ein grosser Theil der Leitung in der Medulla oblongata zerstört sein, scheinbar ohne Einfluss auf die Function.

Ferner lassen sich oft ganz gleiche Symptome sowohl durch periphere, als durch Gehirnreizung erzeugen. So das Stillstehen des Herzens von der Medulla aus oder durch Quetschen der Bauch-Ganglien des Symphaticus (wie B.-S. schon 1856 an Kaninchen zeigte) oder beim Goltz'schen Klopfversuche, der auf derselben Ursache beruht, oder auch durch einen starken Strom von Kohlensäure durch den Larynx. Hieher gehören auch Aufhören der Respiration, Verlust der Willenskraft bei ähnlichen Versuchen, und die Manegebewegungen, die sowohl durch Einspritzungen mit kaltem Wasser in das äussere Ohr als durch Gehirnverletzungen zu erzeugen sind. Ja sogar die Unbeständigkeit, mit der Lähmungen bald dieselbe bald die entgegengesetzte Seite mit der Erkrankung in den Nervencentren einnehmen, findet ihr Analogon in den Lähmungen, die öfter auf den peripheren Reiz der Lungennerven bei Lungenentzündungen erfolgen, auch diese sind bald gleichseitig, bald nicht.

Nachdem B.-S. noch über verschiedene Hemmungs- und Reflex-Actionen gesprochen, kommt er zur Behandlung, um dem Glüheisen eine Lobrede zu halten. Auch wenn die organische Ursache einer Lähmung nicht hinweg geschafft werden könne, so lasse sich doch oft das Symptom selbst durch seinen vorübergehenden Reiz auf die Haut beheben. Das Eisen muss weissglühend sein und man darf nur leicht über die Haut hinfahren. Man wählt die gelähmten Theile, oder, wenn central, das vasomotorische Centrum am Halse, vermeidet aber die Wirbelsäule bei der Application. Ein Patient wurde in einem Zeitraume von 2 Jahren 40 bis 50 mal aus dem Coma aufgeweckt durch Cauterisation am Kopfe und starb schliesslich in einem Anfalle, als eben niemand zur Hand war, der ihn hätte cauterisiren können.

Dr. J. Krueg.

Ueber den Status epilepticus.

Von Dr. Heinr. Obersteiner in Döbling.

(Wien. med. Wochenschr. 1873. Nr. 23.)

Angeregt durch die in Nr. 3, 1873 dieser Zeitschrift besprochene Arbeit Bourneville's theilt der Verfasser drei neue Fälle von Status epilepticus mit, von denen er zwei in jüngster Zeit selbst beobachtete, den dritten einer Mittheilung des Dr. Knörlein in Tyrnau verdankt. — Auch an diesen Fällen war das eng umschriebene Krankheitsbild klar ausgeprägt, und es verdient demnach dieser anscheinend gar nicht seltene Zustand auch bei uns jene Beachtung, die ihm in Frankreich gezollt wird.

Leidesdorf.

Ein Fall von Gehirn-Congestion mit einer eigenthümlichen Reaction des Nervus supraorbitalis.

(A Case of cerebral congestion, with peculiar reaction of the supra-orbital nerve.)

Von Dr. D. F. Lincoln, vorgetragen in der Suffolk District Medical Society. 28. Dec. 1872.

(Boston medic. and surgical Journal Vol. LXXXVIII, Nr. 13, v. 27. März 1873.)

Ein 45 jähriger Schneidergeselle, der unter der Woche ausschliesslich nur mit einem 15-pfündigen Bügeleisen, an Sonntagen aber mit dem Unterrichte in einer Sonntagsschule und „anderen ähnlichen Sachen“ beschäftigt war, glaubt seinen Geist dabei überangestrengt zu haben, denn von Beginn bis Ende des Jahres

1872 erfuhr er an sich in wechselnder Gruppirung und Intensität und mit eingeschalteten Pausen eine Summe von eigenthümlichen Sensationen, die hier ohne Rücksicht auf ihr Neben- oder Nacheinanderbestehen aufgezählt sein mögen.

Taubsein, Kriechen und Kribbeln in der linken Hand und dem gleichseitigen Fusse, Farben und Gestalten von unbestimmten Umrissen vor dem Auge schwebend, bei geöffnetem und geschlossenem Auge, bei Licht und im Dunkel. Gefühle als ob Wasser auf die Augen tröpfeln, Fäden ihnen vorhängen würden; die Strasse sich bewege, der eigene Kopf grösser werden würde. Ohrensausen, Stechen in der Zunge nach dem Essen, Sensationen der verschiedensten Art, die zu unbewusstem Zupfen an Augenlidern, Schultern und Arm veranlassen. Abgeschlagenheit, Müdigkeit, geistige Depression und endlich Schlaflosigkeit.

Bromkalium und Galvanismus (vom Hinterhaupt zur Stirn, von dort oder der Stirn oder dem Plexus brachialis zu den Händen) behoben wohl einzelne Symptome, hinderten aber nicht deren Wiederkehr und waren besonders gegen eine hartnäckige Schlaflosigkeit machtlos, die als letztes Symptom vor Chloralhydrat und Eis auf Kopf und Wirbelsäule wich. Andere Medicamente und Galvanisirung des Sympathicus und des Rückenmarkes schienen keinen Erfolg zu haben.

Verf. hält die Krankheit eben der wechselnden Vielseitigkeit halber für „Gehirn-Congestion," über den Fall berichtet er aber hauptsächlich wegen der eigenen vielleicht noch nie beobachteten Reaction des Nerv. supraorbitalis auf den constanten Strom. Bei Durchleitung desselben vom Hinterhaupte zur Stirne fand er nämlich, dass an einer bestimmten Stelle dem Austritte des genannten Nerven (links) entsprechend nur der negative Pol und nur während der Dauer der Erkrankung dem Kranken das Gefühl hervorrief, das er spontan äusserte, dass er plötzlich alles rein und glänzend sähe (brilliantly clear and distinct).

Der Kranke wurde in der angegebenen Weise wegen der vorschwebenden Farbenwolken und Gesichtsschwäche behandelt.

Ophthalmoskopisch konnte weder vor, noch während oder nach der Application etwas Besonderes in den Gefässen der Retina oder bezugs der Accommodation nachgewiesen werden.

Verf. analogisirt diesen Glanz (brilliancy) dem Lichtscheine, den man auch sonst bei galvanischer Reizung der Trigeminus-Endigungen hat. Er erinnert an verschiedene Nervenverbindungen, riskirt aber keine eigentliche Erklärung.

Dr. J. Krueg.

Geistesstörung mit acutem Morbus Brightii.

Von Dr. F. Jolly in Würzburg.

(Berliner klin. Wochenschr. 1873, Nr. 21.)

Erkrankungen der Niere, welches Organ doch für die mechanischen Momente der Circulation wie für die Erhaltung der richtigen Blutmischung von so hoher Bedeutung ist, erscheinen selten als Ursachen von Geisteskrankheiten, während Gehirnsymptome dieselben häufig begleiten.

Jolly erzählt den Fall eines jungen Mädchens, das nach einer Verkühlung, bereits am nächsten Tage Depressionserscheinungen zeigte und rasch in einen apathischen Zustand mit Nahrungsverweigerung, Incontinenz verfiel. Vom 4. Tage der Erkrankung an zeigten sich die ersten Spuren von Eiweiss im Harn, das an Quantität immer zunahm, und nach etwa 3 Wochen sich wieder schnell verringerte. Harncylinder liessen sich in ziemlicher Menge nachweisen.

Die ersten Spuren psychischer Besserung traten erst mehrere Wochen nach dem Beginn der somatischen Reconvalescenz ein, und erst lange nachdem die Nierenerkrankung vollkommen geheilt war, konnte die Kranke auch als geistig vollkommen genesen betrachtet werden.

Verf. glaubt, dass in diesem Fall in Folge der acuten Nephritis ein urämischer Zustand mittleren Grades eingetreten sei, der aber von sehr langen Nachwirkungen auf die Gehirnfunctionen gefolgt gewesen wäre.

H. B. Obersteiner.

Ueber den Magenschwindel und verwandte Zustände.

Von Dr. S. v. Basch.

(Separatabdr. aus der Wr. med. Presse 1873.)

Störungen der Verdauung, besonders wenn sie auf chronischen Magenkatarrh zurückzuführen sind, combiniren sich bekanntlich sehr häufig mit Schwindelerscheinungen (ausser den in vorl. Arbeit erwähnten Schriften siehe auch Bradbury: On vertigo or dizziness, Ps. Centralbl. 1871, S. 48).

In 13 Fällen von katarrhalischen Magen- oder Darmaffectionen traf Verfasser auf deutliche Angaben der Kranken über zeitweilige Schwindelanfälle; diese stellen sich bald unmittelbar nach dem Essen, bald um die Zeit der Darmresorption, also ungefähr 3—4 Stunden nach dem Essen ein, oder des Nachts, des Morgens, oder endlich vor dem Essen, zugleich mit dem Hungergefühle.

Da Verf. von der ganz richtigen Ansicht ausgeht, dass diese Schwindelanfälle auf Störungen in der Blutcirculation oder Aende-

rung des Gehirndruckes zurückzuführen seien, so beleuchtet er die verschiedenen Bedingungen, welche durch Erkrankung des Verdauungstractus gegeben werden, und zugleich im Stande sind in einer der beiden oben angegebenen Weisen auf die normale Gehirnthätigkeit störend einzuwirken.

H. B. Obersteiner.

Paralysis bei einer Variolois-Kranken. (A Case of paralysis occuring during varioloid.)

Von F. W. Goss.

(The Boston medical and surgical Journal. Bd. LXXXVIII, Nr. 19, vom 8. Mai 1873, p. 464.)

Eine 50jährige Frau bekam 2 Tage nach einer ganz leichten Variolois-Eruption nagende Schmerzen, zuerst im linken dann im rechten Arme und den Füssen. Am Abend desselben Tages konnte sie diese schon kaum mehr bewegen und auch die Oberextremitäten waren etwas behindert. Nach weiteren 2 Tagen konnte sie sich schon nicht mehr im Bette umdrehen; die Vorarme konnten noch und die Oberarme noch etwas bewegt werden; in weiteren 2 Tagen vollständige Lähmung der Extremitäten; den nächsten Tag Tod.

Gesicht, Pupillen, Zunge, Sprache (diese bis zum letzten Tage) wurden nicht afficirt, passive Beweglichkeit der Extremitäten blieb erhalten, das Bewusstsein blieb bis zum Ende klar. (Vergl. diese Zeitschr. Jahrg. 1872, S. 170. Westphal: Ueber eine Rückenmarkserkrankung nach Pocken.)

Dr. J. Krueg.

Briefe über Geistesgestörte.

Von P. Bruno Schön, Seelsorger der n.-ö. Landesirrenanstalt.

(Zweite umgearb. u. vermehrte Auflage. Wien, Pest, Leipzig, Hartleben 1873, 140 Seiten.)

Der Verfasser bringt seine Belehrungen an das Laienpublikum über Auffassung des Irrsinns und die Art und Weise ihm zu begegnen in ernsterer Form und reichhaltiger als in der ersten Auflage zum zweitenmale an die Oeffentlichkeit. — Neu ist unter anderen auch ein grosses Capitel, welches ausschliesslich als Schlüssel dienen soll zum Verständnisse der Werke des Joh. Em. Veith's, des bekannten geistreichen Med. Doctors, ehem. Directors des Wiener Thierarznei-Institutes und nachherigen Redemptoristen-Predigers.

H. B. Obersteiner.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

30. September 1873. Nr. 8 & 9.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Separat-Sitzungen der Psychiater und Irrenärzte während des III. internationalen medicinischen Congresses in Wien — vom 2. September bis 6. September 1873. — Poincaré. Physiologie und Pathologie des Nervensystems. — Menzel. Ein Fall von traumatischer Aphasie. — Parrigot. Die Irrenanstalten und Gheel. — L. Mayer. Erstickung durch Obturation beider Bronchi. — Ferrier. Experimentaluntersuchungen über Gehirnphysiologie und Pathologie. — Tigges. Die Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektrizität. — Emminghaus. Ueber das Auftreten von Verfolgungswahn im Pockenprozess. — W. Hammond. Athetosis. — Th. Simon. Ueber Neubildung von Gehirnsubstanz.

III. internationaler medicinischer Congress in Wien.

Gesonderte Berathung der Psychiater und Gerichts-Aerzte.

I. Sitzung vom 2. September 1/2 1 Uhr Mittags.

Anwesende: Prof. Meynert aus Wien, Prof. Leidesdorf aus Wien, Director Dr. Koster aus Marsberg, Dir. Dr. Stolz aus Hall, Dr. Schultes aus Prag, Sanitätsrath Dr. Witlacil aus Wien, Prof. Dr. Wislocki aus Warschau, Docent Dr. Obersteiner jun. aus Wien, Dr. Alex. Goldstein aus Jekaterinoslav, Docent Dr. Aug. Tebaldi aus Padua, Dr. Reiman aus Kiew, Dr. Bar. v. Seydewitz, Deleg. der amerikanischen Regierung, Sanitätsrath Dr. Knop aus Leobschütz.

Prof. Meynert begrüsst die Versammlung und charakterisirt den gegenwärtigen Standpunkt der Psychiatrie.

Hierauf wird zur Wahl der Functionäre geschritten.

Auf Vorschlag des Prof. Meynert werden Dir. Dr. Stolz aus Hall zum Vorsitzenden und Dr. Obersteiner jun. zum Schriftführer gewählt.

Prof. Leidesdorf bringt die drei Programmpunkte zur Verlesung und fordert diejenigen Mitglieder, welche noch andere Fragen aufs Programm gesetzt wünschen, auf, dieselben beim Präsidenten anzumelden.

Prof. Wislocki wünscht auf das Programm der Verhandlungen gesetzt: „Ueber die Stellung des Arztes vor dem Schwurgerichte."

Prof. Leidesdorf theilt mit, dass der sub Nr. 3 angesetzte Punkt als erster auf die Tagesordnung gesetzt worden sei.

Der Fragepunkt lautet: „Welches Vorgehen verhilft dem Irren am ungesäumtesten zu seinem Rechtsschutze?"

Hierauf theilt Prof. Leidesdorf sein Referat über diese Frage mit. Der Redner hebt hervor, dass der Rechtsschutz sich nicht nur auf die Massnahmen bei der Sequestrirung von Irren erstrecke, sondern auch auf den Schutz bürgerlicher Rechte und des Vermögens derselben; und dass dieses Schutzes auch die in Privatpflege befindlichen Irren theilhaftig gemacht werden sollen.

Nach einer längeren Auseinandersetzung der bezüglich des Rechtsschutzes der Irren in den verschiedenen Ländern bisher üblichen Massnahmen, hebt Prof. Leidesdorf die Nothwendigkeit eines gemeinsamen, raschen, ausgiebigen, in den obbenannten Richtungen wirksamen Rechtsschutzes hervor, und empfiehlt der Versammlung ihre Anträge in dieser Richtung zu stellen.

Baron Seydewitz: Vorredner besprach den Irrenschutz hinsichtlich der Person der Kranken selbst, und gegenüber der Umgebung. Es würde sich nun darum handeln, zu diesem Zwecke praktische Vorschläge, welche den einzelnen Ländern angepasst sind, zu machen.

Dr. Meynert: Bei uns sind Irrencommissionen, man hält es aber für human, die Krankheitserklärung möglichst lang hinauszuschieben, und erst dann, wenn der Kranke unheilbar ist, ihn für krank zu erklären; was aber verkehrt ist, da gerade ein Kranker der wieder ins Leben zurücktritt, einen Schutz am nöthigsten braucht.

Prof. Wislocki: In Polen ist der Modus den belgischen und französischen Gesetzen nachgebildet. Wenn es bekannt wird, dass Jemand geisteskrank ist, so hat der Arzt ein Schema von Fragen auszufüllen; mittlerweile aber kann der Kranke, wenn er zu Hause keine passende Pflege hat, einer Irrenanstalt oder sonst einem Krankenhause übergeben werden. Dann wird der Kranke von einer Commission untersucht, welche aus dem Gouverneur, dem Protomedicus, einem beliebig gewählten Irrenarzte und mehreren Beisitzern besteht. — Der erste Rechtsschutz ist für den Kranken gegeben durch den Familienrath, erst wenn sich herausstellt, dass er unheilbar ist, oder längere Zeit in Behandlung bleiben muss, wird ein Curator bestellt. Diese Commission begibt sich, falls der Kranke sich schon in einer Anstalt befindet, auch in diese.

Sanitätsrath Dr. Witlacil: In Oesterreich hat der Kranke bevor er in einer Anstalt ist, gar keinen Schutz, und auch wenn er sich bereits in einer solchen befindet, dauert es sehr lange, bis die Commission zu amtiren beginnt und ein definitives Urtheil fällt. Es muss daher eine provisorische Verfügung getroffen werden, welche den Kranken unter Rechtsschutz stellt. Eine Irrenzählung existirt in Oesterreich nicht. Ferner kommt es nicht selten vor, dass Kranke, welche von der Civilbehörde unter Curatel gesetzt wurden, von der Strafbehörde abgeurtheilt werden, und da es endlich jedem Richtercollegium freisteht, Sachverständige zu vernehmen oder nicht, so werden nicht selten offenbar geisteskranke Personen abgestraft. — Die Geisteskranken bedürfen daher nothwendig eines Rechtsschutzes.

Dr. Reimann: Im eigentlichen Russland hat der praktische Arzt gar keine Gewalt über einen Geisteskranken. Die Anzeige muss bei der Provinzialregierung geschehen, bei einer Behörde, bei welcher die Aerzte in der Minderzahl sind; daher auch bei der Fällung des Urtheils die Meinung der Aerzte oft in der Minorität bleibt. Um die Krankheitserklärung möglichst schwierig zu machen, muss das Urtheil erst an den regierenden Senat zur Bestätigung geschickt werden. Es überwiegt also bei diesem Vorgehen das Urtheil der Laien, und zweitens verfliesst eine lange Zeit bis zur definitiven Entscheidung.

Dr. Goldstein: Meist müssen dann die geheilten Kranken in Russland noch 3 Monate in der Anstalt bleiben.

Dr. Seydewitz: In den englischen Workhouses ist der Arzt nicht im Stande, einen Irrsinnigen ohne die Unterschrift des Chaplan zu entlassen.

Dr. Koster: In Preussen wird, sobald ein Kranker der Anstalt überliefert wird, die Gerichtscommission davon verständigt. In Folge dieser Anzeige richtet das Gericht ohne Weiteres eine Interims-Curatel ein. Diese bezweckt weiter nichts als ein einfaches Instandhalten des Vermögens; diese Interims-Curatel wird auch nicht veröffentlicht. Hält es der Director der Anstalt für passend oder wünschenswerth, dass ein wirklicher Curator aufgestellt werde, so beantragt er, dass der Kranke gerichtlich untersucht und ihm ein definitiver Curator gegeben werde, der mit dem Vermögen des Kranken nun frei schalten kann.

Prof. Leidesdorf: Es wurden ziemlich gleichlautende Klagen eingebracht, vor Allem, dass den Laien in Fragen ein Urtheil zusteht, das sie nicht verstehen; das ist eine Abnormität, auf welche bei der Formulirung unserer Vorschläge Rücksicht genommen werden muss. Was das Verfahren in Preussen anlangt, so liegen darin, trotz allerlei unterlaufender Inconvenienzen, doch sehr grosse Vortheile. Vor allem können diese Commissionen nicht jahrelang über

einen Kranken tagen, und dann ist dabei dem Leiter der Anstalt auch eine gewisse Breite des Urtheils gestattet.

Wegen vorgerückter Tageszeit wird die Sitzung unterbrochen.

II. Sitzung vom 3. September 1/2 1 Uhr Mittags.

Präsident (Prof. Stolz aus Hall) dankt für seine Wahl zum Präsidenten und beantragt die neuerliche Wahl eines Tages-Präsidenten, in der Weise, wie dies bei der Versammlung der Naturforscher der Fall war.

Ueber Vorschlag des Prof. Seydewitz wird Prof. Wislocki aus Warschau zum Tages-Präsidenten und Dr. Löw zum Schriftführer gewählt.

Neu anwesend: Dr. Güntz aus Dresden, Dir. Dr. Bresslauer aus Inzersdorf, Dr. Flechner aus Wien, Dr. Löw aus Wien, Dr. Pick aus Wien.

Prof. Leidesdorf fordert Herrn Dr. Tebaldi (Italien) auf, über die Gepflogenheit bezüglich des Rechtsschutzes in Italien zu referiren.

Dr. Tebaldi leistet dieser Aufforderung Folge und referirt in französischer Sprache. In Italien besteht, so wie in Belgien, Frankreich und Polen, die Institution des Familienrathes, unter dem Vorsitze einer Gerichtsperson.

Prof. Leidesdorf stellt an Dr. Seydewitz die Frage, ob das englische Irrengesetz bereits einer Reform unterzogen wurde.

Prof. Seydewitz kündigt eine Reform des englischen Irrengesetzes als bevorstehend an, da sich die öffentliche Meinung gegen das alte Gesetz ausgesprochen, indem Processe vorgekommen waren, welche die Aufmerksamkeit von ganz England auf das Mangelhafte in dieser Gesetzgebung gelenkt haben. Nach der bestehenden Gesetzgebung dürfen Gerichtspersonen das fachliche Urtheil des Arztes in jeder Weise angreifen. Es wurden bereits Meetings abgehalten und im letzten Gefängniss-Congresse in London kam auch dieses Gesetz zur Sprache. Das Parlament hat sich mit anderen Fragen beschäftigt und es steht in Aussicht, dass die Reform des Irrengesetzes bald in Angriff genommen werden wird.

Der Gerichtshof de lunatico inquerendo habe sich nicht bewährt, weil ganz bedeutende Mittel dazu gehören, um sich an diesen Gerichtshof zu wenden.

In England genügt es, sich an den officiellen Commissär officiell zu wenden, um den Irren dem Workhous zu übergeben und es ist das Zeugniss von zwei Aerzten nöthig, um den Irren in die Anstalt zu bringen.

Prof. Leidesdorf bemerkt, dass die Versammlung hinreichend instruirt sei. Aus den Berichten gehe hervor, dass die grossen Apparate von Irrencommissionen, wie sie in England bestehen, sich in

der Ausführung auch nicht vollkommen bewährt haben und eine Vereinfachung des Verfahrens nothwendig sei.

Prof. Leidesdorf wird morgen einen schriftlichen bezüglichen Antrag vorlegen und entwickelt in grossen Zügen die Gesichtspunkte, die wir daher heute übergehen und welche zu einer Debatte Anlass gaben, an der sich die Herren Dr. Flechner, Prof. Koster und Dr. Schultes betheiligten, wobei die beiden letzteren Redner sich mit dem skizzirten Antrage einverstanden erklärten.

Schluss der Sitzung 2 Uhr.

III. Sitzung vom 4. September.

Zum Tages-Präsidenten wurde Dr. Knop, Sanitätsrath und Kreisphysikus zu Leobschütz gewählt.

Neu anwesend: Dr. Hussa aus Klagenfurt, Dr. Werner aus Wolfsberg.

Prof. Leidesdorf legt seinen Antrag vor, derselbe lautet:

1. „Alle öffentlichen und Privatanstalten stehen unter der Oberaufsicht einer im Ministerium des Innern einzusetzenden Central-Irren-Commission.

Die Aufsicht über diese Anstalten in den einzelnen Ländern oder Kreisen vollzieht eine von der Landesregierung eingesetzte Commission, bestehend aus dem Protomedicus und einem von der Regierung anzustellenden psychiatrisch gebildeten Irren-Inspector.

Diese Commission oder eines ihrer Mitglieder oder der von derselben delegirte Physicus besucht zu unbestimmten Zeiten die in seinem Rayon liegenden Anstalten, überzeugt sich von dem Geisteszustande der in denselben befindlichen Individuen, nimmt die Reklamationen derselben entgegen und wacht über die Vollziehung der vorgeschriebenen Gesetze.

Die Ergebnisse dieser commissionellen Besuche sind der Central-Irren-Commission mitzutheilen.

2. Die Aufnahme eines Individuums in eine öffentliche oder Privat-Irrenanstalt kann nur auf Grundlage eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen. — Dasselbe kann von jedem zur Praxis berechtigten Arzte ausgestellt werden, muss aber in Ländern, in welchen das Studium der Psychiatrie nicht obligat ist, von einem Bezirks- oder Gemeindearzt vidirt sein, bei deren Anstellung die Beibringung des Nachweises zurückgelegter psychiatrischer Studien und Prüfungen als eine conditio sine qua non zu verlangen ist. Das zur Aufnahme dienende ärztliche Zeugniss darf nicht älter als 8 Tage sein.

Ist ein Individuum in eine Anstalt aufgenommen, so hat der ärztliche Leiter derselben sofort dem Civilgerichte, zu welchem die Anstalt gehört, und innerhalb 48 Stunden der Irren-Commission

davon Kenntniss zu geben. — In Fällen, welche der Commission zweifelhaft erscheinen, ist die Irren-Commission berechtigt ein Gutachten des Anstaltsdirectors oder Abtheilungsvorstandes zu verlangen.

Zur Entlassung dafür geeigneter Individuen ist der Anstaltsleiter jederzeit ermächtiget. Die zur Zeit der Aufnahme in polizeilicher und strafrichterlicher Haft gewesenen Individuen werden bei ihrer Entlassung diesen Behörden wieder zugestellt. Doch soll von diesem Strafgerichte das Civilgericht, bei welchem der Kranke zuständig ist, sofort benachrichtiget werden.

Um die Entlassung eines in der Anstalt befindlichen Kranken kann zu jeder Zeit von dessen Curator, Angehörigen oder Freunden nachgesucht werden. Die Entlassung erfolgt nach Ausstellung des gesetzlich vorgeschriebenen Reverses von Seite desjenigen, der den Kranken übernimmt; doch muss die Behörde den Revers bestätigen und den Uebernehmer als geeignet erklären, den übernommenen Verpflichtungen nachzukommen. Kranke, die unter Curatel stehen, können nur mit Zustimmung ihres Curators, Minderjährige nur auf das Ansuchen ihrer Eltern oder ihres Vormundes entlassen werden.

Die Irren-Commission hat ihr besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass Individuen, die bereits genesen sind, sofort entlassen werden.

Der Anstaltsdirector hat nach der Entlassung eines Individuums innerhalb 48 Stunden dem Civilgerichte seines Sprengels und der Irren-Commission Anzeige zu machen.

3. Ist dem Gerichte von der Aufnahme eines Kranken in eine Anstalt oder von dem Aufenthalte eines solchen in einer Privatfamilie Anzeige gemacht, so soll in Ermanglung oder Abwesenheit eines gesetzlichen Vertreters sofort eine Vertrauensperson mit der Besorgung der Angelegenheiten des Kranken bis zur definitiven Curatelverhängung, wenn eine solche geboten erscheint, betraut werden.

Die zur Curatelaufstellung competente Behörde hat auf Grundlage des Gutachtens des Anstaltsleiters und auf Grundlage eingezogener Erkundigungen über die Verhältnisse des Kranken und nach Vernehmung seiner Angehörigen und seines gesetzlichen Vertreters zu entscheiden, ob und wann eine definitive Curatelsverhängung Platz zu greifen habe.

Die Verhängung einer Curatel kann nur auf Grundlage einer gerichtsärztlichen Untersuchung erfolgen, welche von zwei Gerichtsärzten und einem Justizbeamten vorgenommen wird.

Doch ist es ein unabweisliches Postulat dieses wichtigen Actes, dass die Gerichtsärzte erfahrene und geprüfte Psychiater und der Justizbeamte juridisch und psychologisch durchgebildet und daher auch einer höheren Categorie von Justizbeamten entnommen sei.

Der bestellte Curator soll neben den ihm gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten gegenüber seines Curanden auch gehalten sein, der

Curatelsbehörde alle sechs Monate einen ärztlichen Bericht über dessen Gesundheitszustand vorzulegen und soll dieser Bericht vom Anstaltsleiter oder von einem Gemeindearzt ausgestellt sein.

Das Civilgericht, sobald es von der Genesung eines Individuums Kenntniss erlangt hat, muss Sorge tragen, dass derselbe sofort gesetzlich wieder in alle seine bürgerlichen Rechte eingesetzt werde.

Die Aufhebung einer bereits verhängten Curatel kann wieder nur auf Grundlage des Ausspruches der oben erwähnten gerichtsärztlichen Commission erfolgen.

In strafrechtlicher Beziehung soll das Gutachten Sachverständiger über den Geisteszustand eines Inculpaten nur wieder von Sachverständigen, niemals von Laien in der Psychiatrie umgestossen werden können.«

Hierauf gelangt die Frage über die Stellung des Gerichtsarztes vor dem Schwurgerichte zur Discussion.

Prof. Wislocki hebt die schwierige Stellung des Gerichtsarztes gegenüber den Geschworenen hervor, indem sich die Geschwornen nicht an das Gutachten der Aerzte binden, ja sogar in England und Amerika den Geschworenen von Rechtsgelehrten an's Herz gelegt wurde, das Urtheil ohne Rücksicht auf die Aussprüche der Gerichtsärzte zu fällen. In manchen Ländern ist es Gepflogenheit mehrere Gerichtsärzte vorzuladen, die oft diverser Meinung sind, wodurch der ärztliche Stand nur leide.

Redner weist darauf hin, dass den Zeugenaussagen mehr Gewicht beigelegt wird, als den ärztlichen Aussagen, was nach seiner Auffassung in der falschen Beurtheilung der Stellung des Arztes beruhe. Der Uebelstand habe darin seinen Grund, weil das Gesetz nicht genau präcisire, welchen Charakter der Arzt habe. In England und Amerika wird er wie ein Zeuge betrachtet, in Deutschland ist man wiederum anderer Ansicht, indem man ihn oft nur als Gehilfen des Richters ansieht. Das hänge von dem Umstande ab, weil man eigentlich über die Natur und über die Grundlage des Ausspruches eines Gerichtsarztes nicht einig ist, ja die Aerzte selbst sind mit sich selbst nicht einig über die Grenzen, die sie einhalten sollen und über ihren Wirkungskreis, indem sie Aussprüche thun, die ihnen vermöge ihrer Stellung gar nicht zukommen. Der Arzt habe nur die Spuren zu untersuchen, welche nach der That zurückgeblieben sind; ob der Thäter schuldig sei oder nicht, das ist Sache des Richters. Der Arzt soll nur objectiv den Thatbestand erheben und keine Diagnose machen. Oft ist der Arzt nach Verlauf einer gewissen Zeit, selbst nach wenigen Minuten nicht im Stande, mit Genauigkeit zu sagen, was er eigentlich gesehen und gefunden.

Man hat in letzterer Zeit verschiedene Vorschläge gemacht, auf welche Weise die Aerzte ihr Parere von dem Gerichte abgeben sollen, man ist aber nicht einig geworden.

Redner empfiehlt schliesslich das Verfahren wie in Amerika, wo mehrere Aerzte ihr Urtheil über einen hypothetischen Fall abgeben, und von allen Aussagen dienen diejenigen zur Richtschnur, welche sich mit dem Thatbestande in Harmonie befinden.

Dr. Seydewitz berichtigt den Vorredner, dass sich die Jury in England und Amerika weder durch die Zeugenaussagen, noch durch die Aussagen des Gerichtsarztes beeinflussen lassen. In England trete bei schwierigen Fällen eine Jury zusammen, die nicht durch das Loos bestimmt, sondern aus Fachmännern zusammengesetzt werde.

Prof. Meynert ist der Ansicht, dass der Werth der Expertisen mit der Einführung der Physikatsprüfungen steigen werde und es sei von internationalem Interesse, den Unterricht zu verbessern und Physikatsprüfungen einzuführen.

Dr. Knop wünscht eine würdigere Behandlung der Gerichtsärzte, eine Behandlung, die ihrer Stellung angemessen ist.

Prof. Leidesdorf glaubt, dass nur mit der Hebung der allgemeinen Bildung der Werth der wissenschaftlichen Urtheile vor den Geschworenen steigen werde. Den Wunsch könne er nicht unterdrücken, es möge dahin gewirkt werden, dass kein gerichtsärztliches Urtheil vom Richter umgeworfen werden könne. Ferner wäre es wünschenswerth, wenn dahin gewirkt würde, dass eine gewisse Uniformität bezüglich der forensischen Gutachten herrsche.

Dr. Tebaldi aus Padua bringt zur Erläuterung der Stellung des Fachmannes gegenüber den Geschworenen einen von ihm bearbeiteten Fall von Achilles Agnoletti zur Sprache und meint, dass auch dieser Fall die Nothwendigkeit darthue, dass das Gutachten von Sachverständigen von Laien nicht umgestossen werden könne.

Die Versammlung fordert Hrn. Prof. Wislocki auf, einen Antrag zu formuliren und ihn morgen vorzulegen, damit darüber wie über den Antrag des Prof. Leidesdorf abgestimmt werden könne.

Schliesslich wird Prof. Meynert zum Referenten vor dem Plenum gewählt.

IV. Sitzung vom 5. September.

Als Tages-Präsident fungirt Dr. Baron Seydewitz.

Neu anwesend: Dr. Ruben aus Wien.

Der Antrag des Prof. Leidesdorf gelangt hierauf zur Abstimmung und wird derselbe mit wenigen Modificationen von allen Anwesenden mit Ausnahme des Dr. Flechner angenommen.

Hierauf geht die Versammlung zur Verhandlung über das Referat des Prof. Meynert über die Methode zu einer natürlichen Eintheilung der Geisteskrankheiten zu gelangen, über.

Prof. Meynert führt durch, dass die jetzigen Eintheilungen der Geisteskrankheiten künstliche seien, welche mannigfache Formen cumuliren. Sie bieten deshalb keine Basis für consequente diagnostische Folgerungen. Wo gut begrenzte Formen wie theilweise innerhalb der progressiven Paralyse sind, findet sich ein anatomischer Boden und ein Grad von prognostischer Sicherheit.

Um nach Jahren zu natürlichen Formen zu gelangen, muss man von den Idealen der jetzt angenommenen Formen zu dem festen Naturbilde der Symptome herabsteigen.

Diess kann durch Zusammenhalten aller an den Einzelkranken beobachteten psychiatrischen Symptome mit den pathologischen Einzelbefunden durch zwei zweckmässig angelegte statistische Tabellen ausgeführt werden, die sich im Rahmen der heute in Deutschland gangbaren Formen von Irrsinn gruppiren. Diese Methode von Fachgenossen vereinbart, wird zur statistisch festgestellten Gruppirung der Symptome zu Krankheitsbildern allmälig führen.

Zugleich begründet er den Werth der von ihm gepflogenen Wägungsmethode durch mitgetheilte Resultate und formulirt nach einer kurzen Debatte, an der sich die Herren Dr. Baron Seydewitz, Prof. Leidesdorf und Prof. Wislocki betheiligen, folgende Anträge:

1. Es ist zu empfehlen, dass die psychiatrischen Arbeiter Gehirnwägungen nach der von Prof. Meynert vorgeschlagenen Methode vornehmen;

2. wird empfohlen, die Methode für eine natürliche Eintheilung der Geisteskrankheiten auf eine statistische Basis zu stellen.

Diese statistische Basis umfasst zwei Reihen der Aufzeichnungen:

1. Die Aufzeichnungen aller pathologisch-anatomischen Einzelbefunde nach den Formen psychischer Krankheiten, und

2. die Aufzeichnungen aller Symptome der psychischen Krankheiten nach den jetzt gangbaren Griesinger'schen Formen. Derselbe wird angenommen und wird Prof. Meynert über die in der Versammlung der Gerichts- und Irrenärzte gefassten Beschlüsse morgen im Plenum referiren.

V. Sitzung vom 6. September*).

Tages-Präsident Dir. Dr. Koster. Schriftführer Hr. Ad. Pick.

Neu anwesend: Dir. Dr. Fries aus Inzersdorf.

Dr. Koster verliest einen von Dir. Dr. Stolz und Prof. Wislocki eingebrachten Antrag, betreffend die Stellung der Gerichts-

*) Durch Verschulden der Redaction des Tagblattes fand dieses Protokoll keine Aufnahme in das Tagblatt des internationalen medicinischen Congresses; aus derselben Ursache gerieth auch der Wortlaut der beiden in dieser Sitzung eingebrachten Anträge in Verlust.

ärzte, conform der vom letzteren in der früheren Sitzung dargelegten Ansicht.

Derselbe wird mit unwesentlichen Aenderungen einstimmig angenommen.

Dr. Reimann leitet nun die Discussion über Mania transitoria ein, bezeichnet als die drei Cardinalpunkte, welche bei der Diagnose dieser und ähnlicher Zustände leiten, die Anamnese, deren Erforschung bei Ungebildeten oft grosse Schwierigkeiten bereite, den Zustand nach der That und den Mangel jedes Motivs; dieser letztere Punkt widerstehe keiner scharfen Kritik, da die Psychologie der Verbrecher nicht immer klar ist, zuweilen aber auch ganz plausible Motive vorhanden sind und der Thäter dennoch geisteskrank ist; dies letztere belegt Redner mit zwei Beispielen. Er stellt nun die Frage nach somatischen Zeichen solcher Zustände.

Prof. Leidesdorf bespricht des breiteren die moderne Theorie der Mania transitoria. Was die somatischen Zeichen betrifft, so bleibt nach Ausschluss der epileptischen Zustände eine Reihe von Fällen, wo unter dem Einflusse theilweise unbekannter Agentien der Mensch unter einem abnormen Zustande handelt. Vor Allem ist es Gehirnhyperämie, erzeugt durch grosse Hitze, anstrengende Märsche, Genuss geistiger Getränke, dann Intoxication namentlich mit Gasen. Als charakteristisch für die Zustände seien anzusehen: die brutale Rücksichtslosigkeit der That, der auf diese folgende Schlaf und die Amnesie.

Prof. Meynert kritisirt die Zeichen dieser Zustände; er zeigt, wie diese namentlich bei noch unentwickelter Epilepsie dem petit mal vorkommen; dass der heftigen Kopfcongestion häufig ein Stadium tiefer Depression vorangehe, dass jedoch nicht immer ein Stadium tiefen Schlafes folge. Redner geht nun näher auf die Gedächtnisslücken ein, die als ein für die Criminalpsychologie und Psychophysik hochwichtiges Gebiet noch viel zu wenig studirt seien; die Eindrücke des Kindesalters prägen sich am tiefsten ein wegen der Impressionabilität des kindlichen Gehirnes und der langen Dauer derselben; den Einfluss des letzteren Momentes zeigt Redner an pathologischen Fällen, wo die Eindrücke früherer Zeiten festhaften, während die Erlebnisse der jüngsten Gegenwart, welche in Folge eines pathologischen Zustandes nicht Zeit haben sich festzusetzen, bald wieder verschwinden, so in einem Falle, wo einem Manne nach einem apoplectischen Anfalle ein ganzes Jahr mit ihn äusserst interessirenden Thatsachen im Gedächtnisse ausfiel.

Angesichts solcher Thatsachen, welche von ganz unbefangener Seite ausgehen, müsse man auch in Criminalfällen mit äusserster Vorsicht vorgehen.

In der anschliessenden Discussion, an welcher sich ausser den Vorgenannten noch Prof. Wislocki, Dr. Knop, Dr. Stolz bethei-

ligen, werden noch eine Reihe von Fällen vorgebracht. Dr. Koster macht aufmerksam, dass in solchen Fällen sich häufig Degenerationszeichen, somatische Anomalien erblicher Natur nachweisen lassen. Die Amnesie ist nicht immer eine vollständige, häufig nur eine traumhafte, wozu noch Dr. Reimann bemerkt, dass sie oft erst später eintrete.

Da wegen der vorgerückten Zeit der 2. Punkt der Tagesordnung, die Frage des Alcoholismus, von derselben abgesetzt wird, so bringt Baron Dr. Seydewitz einen Antrag ein, des Inhalts, man möge beschliessen, dass die Frage über den Einfluss des Alcoholismus auf die Entstehung der Geisteskrankheiten und Verbrechen auf die Tagesordnung der psychiatrischen Section des nächsten internationalen medicinischen Congresses zu setzen sei; was einstimmig angenommen wird.

Der Vorsitzende Dr. Koster dankt im Namen der auswärtigen Collegen den Wiener Collegen, namentlich dem Präsidium des Vereines für die Einladung und den Empfang und spricht die Hoffnung aus, dass die diessjährigen Sitzungen den Anstoss zum zahlreicheren Besuche der psychiatrischen Section des nächsten internationalen Congresses geben werden.

Prof. Meynert dankt Namens des Vereines allen Betheiligten für den regen Eifer an den Arbeiten der Section.

In der letzten allgemeinen Sitzung des III. internationalen Aerzte-Congresses referirte Prof. Meynert über die Thätigkeit in den Separat-Sitzungen der Psychiater und Irrenärzte und über die daselbst gefassten Beschlüsse.

Physiologie und Pathologie des Nervensystems (Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux).

Von Prof. Poincaré in Nancy.

1. Band. Paris (Berger et Levrault) 1873.

Es liegt der 1. Band dieses fleissig gearbeiteten Werkes vor, das als Lehrbuch jedenfalls Beachtung verdient. Der Verfasser macht den jetzigen Stand der verschiedenen abgehandelten Fragen mit bewunderungswürdiger Objectivität und mit grosser Literaturkenntniss, die sich auch auf deutsche Arbeiten erstreckt, klar, ohne durch zahlreiche, zu genau beschriebene Experimente mit allen Details und unterlaufenen Störungen aufzuhalten.

Gegenstand des 1. Bandes bilden das Rückenmark und das verlängerte Mark bis zur Brücke, soweit es die Franzosen als „bulbe“ bezeichnen.

Nach einer kurzen und klaren Darlegung des anatomischen Baues folgt die Besprechung des physiologischen Verhaltens der betreffenden Partien.

An die Darlegung der normalen Verhältnisse wird die Durchführung der anatomischen und physiologischen Veränderungen geknüpft, welche an den besprochenen Theilen statthaben können, um endlich auf dieser Grundlage jene Krankheiten speciell durchzugehen, welche durch diese pathologischen Abweichungen von der Norm erzeugt werden.

Es mag erwähnt werden, dass unter den Krankheiten der grauen Substanz des Rückenmarkes die Kinderlähmung, die progressive Muskelatrophie, die Paralysis pseudohypertrophica und die Chorea besprochen werden, während ausser der Paralysis glosso-labio-laryngea bei den Erkrankungen des Bulbus auch Diabetes, Asthma, Spasmus glottidis, Laryngismus stridulus und alle jene Formen von Albuminurie ihre Erledigung finden, die sich nicht auf andere Ursachen, wie Herz- oder Leberkrankheiten, Compression der Vena cava oder auf Ernährungsstörungen zurückführen lassen.

Hoffentlich erscheint bald der 2. Band in eben derselben Weise durchgeführt wie der vorliegende.

H. B. Obersteiner.

Ein Fall von traumatischer Aphasie.

Von Dr. Menzel in Triest.

(Wiener med. Wochenschr. 1873, Nr. 32.)

Vor allem muss als unrichtig bezeichnet werden, wenn Verfasser behauptet, dass in allen Fällen von wirklicher Aphasie die Intelligenz ungetrübt sein muss.

Nach einer weit ausgeholten Geschichte der Aphasie, die bis auf Jesaias und Thukydides zurückgreift, folgt die kurze Beschreibung eines Falles.

Dieser betrifft einen jungen Menschen, der von einer Deichsel in die linke Schläfegegend getroffen wurde.

Nach einigen Tagen vollkommener Bewusstlosigkeit zeigte es sich, dass der Kranke weder sprechen noch schreiben konnte; später brachte er es zur Bildung von einigen Worten.

Es kann aber dieser Fall keineswegs deshalb von Bedeutung sein, weil durch ihn die Ansicht von neuem bekräftigt wird, wonach der Sitz des Sprachorganes in dem linken vorderen Hirnlappen zu

suchen sei. Denn die Fälle, wo linksseitige Hirnverletzungen Aphasie nach sich zogen, sind bekanntlich überaus zahlreich; — Werth haben hingegen jene, wo Läsionen der rechten Hemisphären durch das Fehlen oder das Vorhandensein dieses Symptomes über den unilateralen Sitz des Sprachvermögens Aufschluss geben.

H. B. Obersteiner.

Die Irrenanstalten und Gheel. (Des Asiles d'Aliénés et des Gheels.)

Von Dr. Parrigot in New-York. (Genf 1873.)

Indem Verf. für die Behandlung frischer Fälle wohl eingerichtete und als Lehrmaterial verwendete Kliniken, für veraltete Fälle Colonien nach dem Muster von Gheel (soweit dieses den Anforderungen genügt) empfiehlt, macht er mit vollem Recht auf die Nothwendigkeit aufmerksam, die gehörige Anzahl von Aerzten anzustellen, damit diese im Stande sein können jeden Kranken so zu behandeln, wie sein Zustand es erfordert.

In dieser Hinsicht spricht er sich besonders für die Verpflegung in Privatanstalten aus, da in solchen bei einer geringen Anzahl von Kranken der Subjectivität des Einzelnen Rechnung getragen und eine familiale Behandlung durchgeführt werden kann; leider sei in Amerika die Errichtung von Privatanstalten sehr erschwert.

Vorzüglich die Frauen können in solchen Anstalten Wunder wirken; ihnen kommt neben dem Arzte ein ganz besonders wichtiger und zarter Wirkungskreis zu, in dem sie äusserst Erspriessliches leisten können.

H. B. Obersteiner.

Erstickung durch Obturation beider Bronchi.

Von Prof. Ludw. Mayer in Göttingen.

(Berliner klin. Wochenschr. 1873, Nr. 16.)

Die übereilten oder auch verlangsamten, überhaupt schlecht regulirten Schlingbewegungen, sowie vor Allem die mangelhafte Hustenreaction Geisteskranker begünstigen das sogenannte Verschlucken und das weitere Aspiriren einmal in die Luftwege eingedrungener fremder Körper.

Der Tod durch Erstickung ist aber im Allgemeinen selten; erfolgte er dennoch, so fand sich in allen dem Verfasser aus der Literatur oder aus eigener Beobachtung bekannten Fällen Verlegung des Ostium pharyngeum oder der Glottis als unzweifelhafte Ursache; jenseits der Glottis fanden sich nur kleinere Speisenbröckel.

In dem vorliegenden Falle dagegen, der einen Kranken betraf, welcher an Melancholie im Uebergange zur Dementia litt, drangen während der Patient vom Wärter gefüttert wurde, zwei Fleischstückchen von der Grösse eines Fingergliedes in das Ostium pharyngeum ein, worauf alsbald eine heftige Inspiration erfolgte, welche den Thorax bis zum Aeussersten erweiterte, die Lungen bis zum Maximum mit Luft füllte, zu gleicher Zeit aber die beiden fremden Körper mit grosser Vehemenz in die Bronchien trieb und sie daselbst so fest einkeilte, dass die darauffolgenden Exspirationsbewegungen sie nicht mehr entfernen, wohl aber das Blut aus dem Herzen und den grossen Gefässen des Thorax pressen konnte.

Als letzter Effect dieses Exspirationsdruckes muss das Hervortreten der Augäpfel und die Compression des Gehirnes bezeichnet werden, welche wegen der bestehenden Hypertrophie dieses Organes die Schnelligkeit des augenblicklich eingetretenen Todes nur begünstigen konnte.

H. B. Obersteiner.

Experimentaluntersuchungen über Gehirnphysiologie und Pathologie.

Von Dr. D. Ferrier in London.

(Aus den West Riding Lunatic Asylum Medical Reports 1873.)

Sonderbarer Weise sind die Versuche von Fritsch und Hitzig (s. diese Zeitschr. 1871, Nr. 1) trotzdem sie verhältnissmässig geringe Schwierigkeiten bieten, noch wenig nachgemacht worden.

Ferrier hat dieselben weiter ausgedehnt und nicht blos an Hunden, sondern auch an anderen Thieren, als Katzen, Kaninchen, Vögeln u. s. w. angestellt, und hat die Ergebnisse, welche die beiden deutschen Forscher erhielten, dadurch noch um zahlreiche interessante Thatsachen erweitert.

Was die technische Seite der Versuche anlangt, so wurden ausschliesslich Inductionsströme angewendet, und in der Regel nicht stärker, als dass sie ohne besonderen Schmerz an der Zungenspitze ertragen werden konnten. Doch sind sehr verschiedene Stromesstärken zur Erzielung derselben Resultate an verschiedenen Thieren, oder an denselben Thieren zu verschiedenen Zeiten nothwendig.

Die Dura mater ist im hohen Grade empfindlich, so dass man sich sehr hüten muss dieselbe bei den Versuchen mitzureizen.

Elektrische Reizung des Gehirnes ist alsbald von einer functionellen Hyperämie desselben gefolgt. In den ersten Versuchen erstreckte sich die Reizung über einen grösseren Theil der Hirnrinde. Gewöhnlich folgten auf die Entfernung der Elektroden alsbald klonische

Krämpfe der anderen Körperhälfte, welche um so extensiver waren, je grösser der Abstand der Elektroden früher genommen wurde.

Die nächstfolgenden Versuche, in welchen nur beschränktere Abschnitte der Oberflächen zwischen die Elektroden kamen, dienten vorerst dazu, die Angaben von Fritsch und Hitzig zu bestätigen, ferner zeigten sie eine vollkommene functionelle Uebereinstimmung der symmetrischen Punkte beider Hemisphären, und endlich, dass abgesehen von gewissen Differenzen eine derartige Uebereinstimmung auch für ähnlich gelegene Punkte an den Gehirnoberflächen verschiedener Säugethiere nachzuweisen ist.

Bemerkenswerth erscheint, dass es Ferrier auch gelang das Centrum für die Bewegungen des Schwanzes beim Hunde in der Marginalwindung etwa gerade oberhalb der Sylvischen Spalte als hintersten erregbaren Punkt aufzufinden; ebenso brachte er Bewegungen der Hinterbeine zu Stande.

Reizungen der Hinterlappen waren ebensowenig wie solche des Gyrus fornicatus von Bewegungen gefolgt; diese Gegenden scheinen demnach — übereinstimmend mit den früheren Untersuchern — der sensorischen Sphäre anzugehören.

Alle Versuche an Vögeln durch Reizung der Hemisphären Bewegungen zu erzielen, scheiterten, auch wenn die Elektroden tief in deren Substanz eingesenkt wurden; gleiches gilt bei diesen Thieren von Reizungen des Kleinhirnes. — Hält man damit den Umstand zusammen, dass Vögel auch auf Opium nicht reagiren, so ist man berechtigt auf eine Eigenthümlichkeit in den Nervencentren dieser Thiere zu schliessen.

Ferrier's Versuche beschränkten sich aber nicht allein auf die Hirnoberfläche, er zog auch die Gehirnganglien mit in den Kreis seiner Beobachtungen.

Besonders ausgeprägt waren die Erscheinungen bei Hunden. Wurden die Elektroden bei diesen Thieren an einem Corpus striatum angesetzt, so wurde dadurch ein äusserst kräftiger Pleurosthotonus der entgegengesetzten Seite hervorgerufen, der Kopf erreichte den Schwanz, die Muskeln des Gesichtes und des Nackens befanden sich in tonischer Contraction, die vorderen und hinteren Extremitäten in Flexionsstellung fixirt. Mit dem Entfernen der Elektroden hörten die Erscheinungen alsbald auf.

Hingegen erwies sich die Reizung der Thalami oder des Pes hippocampi gänzlich erfolglos. Es muss daher diesen beiden Theilen keine motorische Bedeutung zukommen; die Reizung derselben scheint aber bei dem Mangel von äusserlichen Manifestationen auch keinen Schmerz zu verursachen.

Desto empfindlicher zeigten sich die Corpora quadrigemina gegen elektrische Reizung.

Ansetzen der Elektroden bewirkte alsbald sehr kräftigen Opis-

thotonus, Trismus, Dilatation der Pupillen und Fixation der rigiden vier Extremitäten in der Extension; diese letztere Erscheinung war constant auf der der Reizung gegenüber liegenden Seite ausgeprägter.

Diese Versuche sind im Stande einiges Licht auf die Pathologie des Tetanus und Trismus zu werfen.

Reizung des Kleinhirnes hatte vor allem Nystagmus zur Folge; die Richtung, in welcher jedes einzelne der Augen oscillirte, hing ab von der gereizten Stelle des Kleinhirnes. Erweiterung der Nasenlöcher und Rückwärtsbewegung der Barthaare wurden meist gleichzeitig beobachtet.

Die elektrische Reizung der Hemisphären des Gehirnes setzt an der gereizten Stelle einen solchen Zustand von Hyperämie, welcher auch der normale, physiologische Zustand eines functionirenden Organes ist; es müssen demnach die Muskelbewegungen, die durch die elektrische Reizung hervorgerufen werden, nur als durch die künstliche Erregung einer normalen Thätigkeit entstanden angesehen werden. Jedoch sind diese Bewegungen nicht als einfache Muskelcontractionen, wie sie etwa durch directe Reizung des motorischen Nerven erzeugt werden, aufzufassen; sie haben vielmehr den Charakter des Absichtlichen, sie sind „purposive and expressional", als durch den Willen und den Verstand gelenkt und combinirt, so dass die verschiedenen Punkte der Grosshirnrinde nicht einfach als motorische Centra, sondern als motorische Willenscentra, befähigt zur Kundgebung der Thätigkeit des Intellectes nach aussen angesehen werden müssen.

In Bezug auf die gekreuzte Action der Hemisphären nimmt F. an, dass associirte Bewegungen beider Körperhälften in jeder Hemisphäre bilateral coordinirt würden, so dass durch Verletzung einer Hemisphäre jene Bewegungen der entgegengesetzten Seite am meisten paralysirt würden, welche am wenigsten abhängig sind von den Bewegungen der anderen Körperhälfte. Auch im Kleinhirn hat ein ähnliches Verhältniss statt. Jede Hemisphäre desselben coordinirt beide Augen, so dass eine ausgedehnte einseitige Erkrankung in dieser Beziehung ohne Symptome bleiben kann.

Diese Versuche sind auch von Bedeutung für die Pathologie der Epilepsie und Chorea. Ferrier betrachtet sie als die experimentelle Bestätigung der Ansichten von Hughlings Jackson, welcher auf Grund klinischer und pathologisch-anatomischer Untersuchungen die verschiedenen Formen der Epilepsie auf einen Reizzustand (discharging lesions) und Chorea auf eine Unbeständigkeit (instability) in den Rindenpartien um das Corpus striatum fusum, zurückführte.

Die ersten, Anfangs angeführten, Versuche sprechen für einen derartigen über einen grösseren Theil der Hirnrinde ausgebreiteten Reizzustand.

H. B. Obersteiner.

Die Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektricität. I. Inductionsstrom.

Von Dr. Tigges.

(Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 30. Bd. 2. H.)

Verf. machte seine Versuche mit dem primären Strome des grossen Stöhrer'schen Inductionsapparates. Durch gradweises Einschieben des Kupfer-, dann des Holzstabes hat er 9 Stufen der Stromstärke unterschieden.

Geprüft wurde an Gesunden, Paralytikern, Melancholikern (unterabgetheilt in M. mit Sensationen, einfache M. und M. mit Stupor) und Maniakalischen der M. flex. digit. prof. und der Ext. digit. comm. mit der negativen Elektrode über dem Olekranon, der positiven am unteren Ende des oberen Drittels der Volar- und Dorsalseite, ferner der M. orbic. palp. und der M. zygomaticus major mit der negativen Elektrode auf dem Manubrium der positiven am äusseren Augenwinkel und am unteren äusseren Jochbeinrande.

Notirt wurde die Stromstärke, bei der die Anfangscontraction (die schwächste sichtbare physiologische Leistung), bei der starke und sehr starke Contraction erfolgte, dann die „secundäre" Contraction (Anfangscontraction nachdem der Muskel $^1/_2$ bis 1 Minute von den stärksten Strömen, die ertragen wurden, durchflossen war). Ausserdem wurde noch auf anderweitige Reaction der Muskeln, dann die Stromstärke, bei der ein mässiger Schmerz auftrat, ferner auf den Unterschied zwischen rechts und links, den Einfluss des Ernährungszustandes, der passiven Spannung oder der eben bestehenden psychischen oder motorischen Erregung Rücksicht genommen.

Die Ergebnisse sind sowohl in vielen Tabellen mit procentischer Berechnung zusammengestellt, als auch ausserdem noch eingehend besprochen.

Was die so gewonnenen Resultate anlangt, so kann bei der grossen Menge der Einzelndaten hier nur weniges hervorgehoben werden.

Bei Dementia paralytica fand sich die minimale Contraction theils bei schwächeren theils bei stärkeren Strömen als bei gesunden, bei der starken noch mehr als bei der sehr starken Contraction zeigt sich verminderte Reizbarkeit. Abnorm ist eine abnehmende Contraction bei gleicher Stromstärke: ausserdem fand sich Reflexcontraction an nicht gereizten Muskeln, Convulsionen und tremorartige Contractionen. Schmerzempfindung ist je nach den Muskeln gesteigert oder vermindert.

Der Zustand der Ernährung scheint keinen besonderen Einfluss zu haben, wohl aber psychische oder motorische Erregung und Muskelspannung. Bei paretischen Zuständen ist die Contractilität bald

erhöht, bald vermindert, bei tonischen Muskelspannungen immer erhöht, aber nicht immer dem Grade der Spannung entsprechend. Dem ruhigen Zustande des paralytischen Blödsinnes entspricht verminderte Contractilität, den Erregungszuständen der früheren Stadien und eben so oder noch mehr den späteren Stadien mit spastischen oder paretischen Zuständen gesteigerte Contractilität.

Was die Melancholie anlangt, so hat Melancholie mit Sensationen die grösste Contractilität unter allen untersuchten Gruppen, einfache Melancholie noch den Gesunden gegenüber vermehrte, Melancholie mit Stupor aber so weit verminderte, dass sie hierin höchstens jeweilig von Dementia paralyt. übertroffen wird. Abnormitäten der motorischen Reaction besonders bei den beiden ersten Unterarten häufiger als bei Gesunden, seltener als bei Paralytikern. Schmerzempfindlichkeit bei der 1. Unterart sehr, bei der 2. mässig gesteigert (mehr als bei den anderen Gruppen), bei der 3. vermindert. Der Grad der Ernährung schien bei keiner Unterart von besonderem Einflusse; dagegen bei den ersten beiden prägnant, in einem Falle nur nachweisbar bei der 3., die Dauer der Krankheit und vorhandene Sensationen.

Bei Manie war die Contractilität am meisten vermehrt allen Gruppen gegenüber. Von Abnormitäten ist zunehmende Contraction bei gleicher Stromstärke am häufigsten vertreten. Schmerzempfindung war theils stark gesteigert, theils stark vermindert. Krankheitsdauer, Grad der Ernährung und Höhe der Aufregung schienen von Einfluss zu sein.

Dr. J. Krueg.

Ueber das Auftreten von Verfolgungswahn im Pokkenprocess und das Vorkommen von Fettsäuren im Harn Pockenkranker.

Von Dr. H. Emminghaus, Assistent an der med. Klinik zu Jena.

(Archiv d. Heilkunde 1873, 3. u. 4. H.)

Dem Verf. kamen während der letzten Epidemie 4 Fälle von Variola zur Beobachtung, in denen zu einer Zeit, als das Fieber mässiger war und die Eruption bereits vollendet, die Kranken irre redeten und zwar mit deutlich charakterisirtem Verfolgungswahne. Der Verf. macht besonders darauf aufmerksam, dass es sich nicht um Delirien handle, wie sie bei kranken Potatoren vorkommen, noch um eine der bei schweren Fiebern auftretenden Hirnerscheinungen. Zu letzteren kam es übrigens auch aber deutlich isolirt von dem Verfolgungswahne in den angeführten 4 Fällen, von denen nur einer in

Genesung überging. Nebenbei erwähnt Verf. anderer 4 Fälle, in denen Fluchtversuche von Pockenkranken anscheinend auch unter dem Einflusse von Verfolgungswahn gemacht wurden.

Die Ursache dieser Erscheinung sucht er in der Hydraemie, die entstehen müsse, wenn plötzlich so viel Blutplasma zur Pockeneruption verwendet werde, also für die Luftmasse verloren ginge. Ausserdem mögen die gehemmte Respiration und die Blutstauung im Schädel, die durch den Druck der angeschwollenen Haut und Lymphdrüsen auf die Venen des Halses zu Stande kommt, das ihre beitragen. Eine anatomisch nachweisbare Veränderung im Gehirne selbst wäre demnach auszuschliessen. (Eine der Kranken hatte übrigens früher vorübergehend Aphasie und rechtsseitige Hemiplegie gehabt, beides aber bis auf geringe Residuen verloren; bei dieser fand sich eine bohnengrosse Cyste im linken Linsenkerne.)

Verf. erwähnt noch die Möglichkeit einer Blutvergiftung durch Ausscheidungsproducte der Bacterien oder durch anderweitig entstandene Producte einer Eiweisszersetzung. Er untersuchte den Harn von mehreren Blatternkranken, einem Gesunden und eines mit Ekzema universale Behafteten auf Fettsäure. Bei allen fanden sich nur Spuren. Die 4 oben erwähnten Fälle waren nicht darunter, wohl aber wurde deren Harn auf Eiweiss untersucht mit negativem Erfolge.

Dr. J. Krueg.

Athetosis.

Von D. W. Hammond in New-York.

(The med. Record 1873 — 181.)

Verf. hat zuerst in seinem grossen Werke über die Nervenkrankheiten diesen Namen (vom Griechischen ἀθετος ohne feste Stellung) für eine Krankheitsform gebraucht, deren Hauptsymptom in der Unmöglichkeit bestand Finger und Zehen ruhig zu halten. Die Bewegungen sind weder so ungeordnet, wie bei der Chorea und Hysterie, noch so zitternd, wie bei der Paralysis agitans und den verschiedenen Formen der Sklerose. Sie sind im Gegentheile regelmässig langsam, und soweit unter der Controle des Willens, dass der Kranke für eine kurze Zeit sie unterdrücken kann; in der Regel sind der Daumen und der kleine Finger mehr von der Bewegung ergriffen als die anderen Finger; gewöhnlich klagen die Kranken über Schmerz in den sich contrahirenden Muskeln, während die Hautsensibilität über den afficirten Partien vermindert und ein Gefühl von Taubheit an der ganzen der Erkrankung entsprechenden Körperhälfte mehr weniger vorherrschend ist.

Verf. kennt bis jetzt 6 Fälle, vier davon betrafen Männer, zwei Frauen. — Uebrigens ist die Aetiologie vollkommen unklar.

Hinsichtlich der Prognose ist zu bemerken, dass noch kein Fall geheilt wurde, andererseits aber auch keiner starb; — daher ist auch die anatomische Seite ganz dunkel. Hammond ist geneigt, eine Sklerose in den Gehirnganglien anzunehmen.

Endlich führt er noch die Differentialdiagnose zwischen Athetosis einerseits und diffuser Sklerose des Gehirnes, multipler Sklerose, Hämorrhagie, Chorea, Paralysis agitans andererseits durch.

H. B. Obersteiner.

Ueber Neubildung von Gehirnsubstanz in Form von Geschwülsten an der Oberfläche der Windungen.

Von Dr. Th. Simon in Hamburg.

(Virchow's Archiv LVIII. 2. H.)

Es handelte sich in 4 Fällen um kleine, auf der Oberfläche der Hirnrinde sitzende Geschwülste, welche bei der Untersuchung die Structur dieser Rinde zeigten, also um Hetorotopie grauer Hirnsubstanz, aber nicht wie gewöhnlich an den Ventrikelwandungen oder im Marklager des Gehirnes, sondern an dessen freier Oberfläche. Diese Geschwülste, welche in dem zweiten Falle besonders zahlreich, in den übrigen nur 1, 3, 4 vorhanden waren, hatten eine Grösse von der eines Hirsekornes bis zu der einer Erbse. Durch die eigentliche Hirnrinde, auf welcher sie aufsassen, zog ein weisser centraler Markstreifen, welcher sich in der halbkugelförmigen Geschwulst selbst pinselförmig ausbreitete.

Mikroskopisch fanden sich Nervenfasern, pyramidale und unregelmässige Ganglienzellen, eingebettet in reichliche mit vielen runden und ovalen Kernen versehene Neuroglia, die von zahlreichen feinen Fasern und Körnchen durchsetzt war.

H. B. Obersteiner.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. October 1873. Nr. 10.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Rosenthal. Untersuchungen über Reflexe. — Hecker. Die Physiologie und Psychologie des Lachens und des Komischen. — Roth. Anatom. Befund bei spinaler Kinderlähmung. — Smeth. Ueber die Melancholie — Eulenburg und Guttmann. Die Pathologie des Sympathicus. — Latham. Ueber Kopfschmerz. — Liveing. Ueber Migraine. — Müller. Ueber Gehirnsyphilis. — Lowe. Ueber die elektrische Erregbarkeit in Geistes- und Nervenkrankheiten. — Max Dowall. Ueber die Fähigkeit der Farbenunterscheidung bei Geisteskranken. — Clifford Albutt. Ueber einfachen Schwindel. — Crichton Browne. Amylnitrit gegen Epilepsie. — Drouet. Dokumente zur Geschichte des Bromkaliums. — Meyer. Missstaltungen an Idioten.

Untersuchungen über Reflexe.

Von Prof. Rosenthal in Erlangen.

(Aus den Sitzungsberichten der physiolog. medizin. Societät zu Erlangen. 1. Februar 1873.)

Aus einer begonnenen Untersuchung über die Mechanik der nervösen Centralorgane theilt R. zunächst Einiges über die zeitlichen Verhältnisse der Reflexübertragung mit.

Seine Ergebnisse sind folgende:

1. Aus der Reizung sowohl der unversehrten Haut als auch blossgelegter Nerven lässt sich nachweisen, dass zur reflectorischen Uebertragung eines sensiblen Reizes auf einen motorischen Nerven eine „merkliche“ Zeit nothwendig ist.
2. Diese Zeit (Reflexzeit) ist abhängig von der Reizstärke. Sieht man ganz ab von solchen Reizen, welche nicht das Maximum der Reflexwirkung geben und vergleicht nur solche Reize, welche gerade ausreichen, dieses Maximum zu bewirken (ausreichende Reize), mit stärkeren (übermaximalen), so findet man, dass die Reflexzeit um so kleiner ausfällt, je stärker der Reiz ist, und dass sie bei sehr starken Reizen unmerklich klein (wie stimmt dies mit Punkt 1. überein? Ref.) werden kann.

3. Vergleicht man zwei symmetrische Hautstellen mit einander, oder lässt man gleichzeitig die Reflexzuckungen zweier symmetrischer Muskeln aufzeichnen, so findet man einen Zeitunterschied zwischen der Reflexzeit und einer dieser Hautstellen zu einem auf derselben Seite gelegenen Muskel und der Reflexzeit von der nämlichen Hautstelle zu dem anderseitigen Muskel. Letztere Reflexzeit ist natürlich grösser. Wir wollen diesen Unterschied die „Zeit der Querleitung" nennen.
4. Auch die Zeit der Querleitung ist eine Function der Reizstärke, indem sie bei ausreichenden Reizen ein Maximum hat, bei übermaximalen aber kleiner wird und bei sehr starken Reizen ganz unmerklich werden kann.
5. Reflexzeit und Zeit der Querleitung ändern sich mit der Ermüdung des Rückenmarks. Erstere kann sich dabei erheblich verlängern. Und da die Erregbarkeit an zwei symmetrischen Hautstellen sich nicht immer in gleichem Sinne ändert, so kann sich daraus unter Umständen eine scheinbar negative Zeit der Querleitung ergeben, d. h. für gewisse Reizstärken kann der Reflex von einer dem Muskel gleichseitigen Hautstelle später beginnen als von der symmetrischen aber anderseitigen Hautstelle.
6. Reizt man einen blossgelegten sensiblen Nervenstamm an zwei von einander möglichst entfernten Stellen mit ausreichenden Reizen, so ist die Reflexzeit für die vom Rückenmark entfernte Stelle grösser als für die nähere. Der Unterschied wird bei stärkeren Reizen geringer und nähert sich bei Anwendung sehr starker Reize einem Grenzwerth. Es ist daher offenbar nicht gestattet, aus solchen Versuchen ohne weiters die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung in den sensiblen Nerven zu berechnen. Höchstens darf man dazu die Versuche mit sehr starken Reizen benutzen. Bei Anwendung schwächerer Reize würde man zu geringe Werthe erhalten, wie auch die Vergleichung mit analogen Versuchen an motorischen Nerven in der That ergibt.
7. Bei den peripherischen motorischen Nerven ist eine Abhängigkeit der Fortpflanzungsgeschwindigkeit von der Reizstärke nicht nachweisbar. Ausreichende und übermaximale Reize geben hier ganz gleiche Werthe. Da ein abweichendes Verhalten der peripherischen sensiblen Nerven jedenfalls sehr unwahrscheinlich ist, so ist er berechtigt, in dem oben unter 2. und 4. erwähnten Verhalten eine besondere Eigenschaft der eigenthümlichen (gangliösen?) Elemente des Rückenmarkes zu sehen.
8. Je näher eine gereizte Stelle dem Rückenmarke liegt, desto leichter wird die Reflexzeit, bez. die Zeit der Querleitung durch Steigerung der Reizstärke über den ausreichenden Werth verkleinert. Deshalb gelingt es z. B. schon mit schwächeren Rei-

zen die Zeit der Querleitung unmerklich zu machen bei Reizung zweier symmetrischer, dem Rückenmarke nahe gelegener Hautstellen, als bei Reizung zweier symmetrischer, aber vom Rückenmarke entfernter Hautstellen. Dieses Verhalten und das unter 6. erwähnte finden eine ungezwungene Erklärung durch die Annahme (welche auch aus anderen Gründen sehr wahrscheinlich ist), dass in den peripherischen Nerven ein „Widerstand der Leitung" bestehe, welcher einen Reiz während seiner Fortpflanzung allmälig abschwächt.

In einer späteren Mittheilung wird R. nachweisen, wie die von ihm gefundenen Beziehungen für die Erkenntniss der Erregungsvorgänge im Rückenmarke zu verwerthen sind. Er bemerkt hier nur, dass sie mit den neuesten Ermittlungen über den Bau des Rückenmarks in vollem Einklang stehen. Auch ist der Zusammenhang dieser Erscheinungen mit einigen am Menschen gefundenen Thatsachen nicht zu verkennen, wodurch die schwankenden Zahlenangaben über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung erklärlich werden.

H. B. Obersteiner.

Die Physiologie und Psychologie des Lachens und des Komischen.

Von Dr. Ewald Hecker in Görlitz.

(Berlin, bei Dümmler 1873. 83 S.)

In Nr. 4 d. Z. wurde bereits eine Arbeit desselben Verfassers besprochen, die sich zum Ziele setzte, das durch Kitzel erregte Lachen physiologisch zu erklären; in der vorliegenden mehr populär gehaltenen Schrift ist auch das Komische mit in den Kreis der Betrachtung gezogen, analysirt, definirt, classificirt, und bezugs der Wirkung mit dem Kitzel verglichen.

Fast alle Erklärungen des Komischen seit Aristoteles betonen einen gewissen Widerstreit der Gefühle, die durch das Komische erregt werde; bei genauerer Betrachtung ergibt sich, dass es zum Wesen des Komischen gehört, entgegengesetzte Gefühle — angenehme und unangenehme — gleichzeitig anzuregen. Ein angenehmes Gefühl entsteht nun dadurch, dass eine neue Vorstellung mit einer anderen eben im Bewusstsein vorhandenen oder mit einer aus dem gesammten Vorstellungscomplexe durch jene geweckten in Verbindung tritt und leicht assimilirt wird; ein unangenehmes durch das Gegentheil. Die Assimilation wird befördert durch eine Uebereinstimmung der einen Vorstellungen mit den logischen, praktischen und ideellen Normen, die jeder Mensch nach seiner Anlage und Erziehung sich eigenartig erwirbt.

Auf diese Sätze gründet der Verf. eine neue Eintheilung des Komischen und begründet sie selbst wieder durch beigegebene, in seinem Sinne analysirte Beispiele.

Zugegeben also, dass die Definition richtig ist, was wird geschehen, da wir doch nicht gleichzeitig im selben Augenblicke zweierlei Vorstellungen aufnehmen können? Die Physiologie hat einen ähnlichen Vorgang im Reiche der „Empfindungen" erklärt, von dem sich vielleicht auf einen solchen im Reiche der „Gefühle" zurückschliessen lässt.

Wenn man von zwei für das Stereoskop gezeichneten Figuren, die eine blau, die andere gelb färbt und sie nun durch das Stereoskop betrachtet, so wird man dreierlei verschiedene Wahrnehmungen haben, je nachdem der Grund gewählt wurde. Ist dieser weiss, so sieht man die Figur blau, weil dieses stärker mit dem Grunde contrastirt, also sich mehr aufdrängt; ist der Grund schwarz, dann sieht man aus dem gleichen Grunde gelb, ist aber der Grund grau, dann sieht man die Figur nicht vielleicht in einer Mischfarbe aus gelb und blau, sondern glänzend. Nach der aus analogen Experimenten geschöpften Erklärung Wundt's entsteht der Glanz in dem angeführten Beispiele dadurch, dass unsere Vorstellung in schneller Schwankung von dem einen Objecte zum andern hinüberschweift; nöthig dazu ist, dass keines über das andere Uebergewicht erlange (in unserm Falle durch stärkeren Contrast mit dem Grunde). Wenn wir das von der Sinneswahrnehmung gelernte auf die Gefühlswahrnehmung übertragen, so ergibt sich, dass die beiden gleichen aber entgegengesetzten Grössen, aus denen das Komische besteht (der angenehme und der unangenehme Affect) ebenfalls, da sie nicht gleichzeitig ins Bewusstsein treten können und auch nicht der eine den andern überwältigen kann, sich in schneller Schwankung werden ablösen müssen.

Die nun durch unangenehme, sehr kurze Zwischenpausen getrennten angenehmen Affecte werden sich von jenen wie eine Folge von freudigen Ueberraschungen abheben, von dieser aber ist bekannt, dass sie den Sympathicus erregt, so dass die Capillaren erstlich sich zusammenziehen, dann später sich etwas erweitern (das Gesicht erst blass, dann roth wird etc.).

In der früheren Arbeit war schon sowohl bei der Einwirkung des Kitzels (schnell aufeinander folgende Hautreize) als auch, wenn auch schwieriger, bei der des Komischen (schnell aufeinander folgende angenehme Erregungen) eine schwankende Erweiterung der Pupille constatirt worden, als Symptom der erfolgten Sympathicus-Reizung. Von einer solchen werden nun aber am meisten die Capillaren des Gehirnes betroffen, die durch ihre Contraction eine negative Druckschwankung im Gehirne erzeugen, das für jede Druckschwankung sehr empfindlich ist. Venöse Rückstauung kann diese compensiren und kann ihrerseits leicht durch forcirte Exspirationen

zu Stande gebracht werden. Das Lachen besteht aus kurzen, abgesetzten, forcirten Exspirationen, ist also eine zweckmässige Reflexbewegung nicht blos für den Kitzel, sondern auch für das gleichartig wirkende Komische.

Dr. J. Krueg.

Anatomischer Befund bei spinaler Kinderlähmung.

Von Prof. Roth in Basel.

(Virchow's Archiv LVIII. Bd. 2. Heft.)

Der beschriebene Fall betrifft ein Kind, welches sehr bald nachdem es gehen gelernt, in Folge einer fieberhaften Krankheit von einer unvollständigen Lähmung beider Unterextremitäten, rechts bedeutender als links, befallen wurde. Das rechte Bein war zugleich merklich magerer als das linke. Nach 11 Monaten starb der Knabe an Diphtheritis.

Die Untersuchung des Rückenmarkes wies als Ursache der Lähmung eine interstitielle Myelitis des Lendentheils nach, als deren Sitz wesentlich die graue Substanz der Vorderhörner zu betrachten ist, von wo sie allerdings stellenweise in das Hinterhorn und in die weisse Substanz der Vorder- und Seitenstränge übergreift.

In jedem Vorderhorn fand sich ein myelitischer Heerd, ein kleinerer links, ein grösserer rechts.

Mikroskopisch sind die erkrankten Stellen leicht zu erkennen durch die Anwesenheit von Körnchenzellen, welche theils an den grösseren Gefässen, theils im Gewebe zerstreut vorkommen.

Ausser durch Atrophie der Nervenfasern zeichnen sich die Heerde aus durch den fast gänzlichen Mangel an grossen multipolaren Ganglienzellen. Daraus erklärt sich auch die Atrophie der Vorderhörner sowie der vorderen Nervenwurzeln.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Melancholie (De la mélancholie).

Etude médicale par le Dr. Joseph Smeth

(Bruxelles, Manceaux 1872.)

Die vorliegende Arbeit ist eine Habilitations-Schrift zur Erlangung der Docentenwürde. Wenn darin auch nur wenige neue Gesichtspunkte über die Melancholie niedergelegt sind, so muss doch zugegeben werden, dass Verf. auf der Höhe des heutigen Standpunktes steht und die über diesen Gegenstand vorliegenden Arbeiten mit

Fleiss und Verständniss verwerthet hat. — Nach einer allgemeinen Einleitung und Definition der Melancholie ergeht sich der Verf. in dem sehr breit gehaltenen 2. Kapitel über die Ursachen, ohne eine neue Thatsache beizubringen.

Aussprüche wie beispielsweise der, dass feiner gebildete Menschen, deren Bedürfnisse grösser und Empfindungsweise zarter sei häufiger der Melancholie verfallen, halte ich aller Erfahrung widersprechend, da die Entbehrungen und schlechten Verhältnisse der unteren Volksschichten, so wie auch das geringere Maass von Selbstbeherrschung, melancholische Zustände bei denselben ganz besonders häufig zur Entwicklung bringen.

Das 3. Kapitel handelt von den pathologisch-anatomischen Befunden der Melancholischen. Es wird auf die Ansicht Schröder van der Kolk's ein gewisses Gewicht gelegt, welcher die Manie von einer arteriellen Hyperämie der Vorderlappen des Grosshirns, die Melancholie von einer passiven Congestion der Hinterlappen ableiten will, eine Ansicht die bekanntlich auch Prof. Meynert obwohl in anderer Weise und aus anderen Gründen vertreten hat. — Nicht weniger sind die Beobachtungen Grisinger's, Dagonet's und des Referenten zusammengefasst, ohne dass jedoch der Verf. zu einem anderen Schlusse oder zu einer anderen selbstständigen Meinung kommen konnte, als die, die Melancholie für eine Hirnneurose zu erklären.

Im 4. Kapitel „pathologische Physiologie" betitelt, ist Verf. bemüht die psychopathologischen Erscheinungen der Melancholie aus den normalen psychischen Vorgängen (Gefühl, Vorstellen und Wollen) zu erklären. — Es ist der Einfluss der deutschen Arbeiten auf die Anschauungen des Verf. nicht zu verkennen und muss lobend hervorgehoben werden, dass er denselben einen concisen und fasslichen Ausdruck zu geben verstanden hat.

Das 5. Kapitel umfasst die Symptomatologie, welche im 6. eine werthvolle Ergänzung findet, indem drei Formen der Melancholie

1. Mélancholie morale, Melancholie ohne Wahnvorstellungen,
2. Mélancholie délirante. Melancholie mit Wahnideen,
3. Mélancholie avec stupeur, Melancholie mit Stupor

aufgestellt, Verlauf, Ausgang und endlich Prognose dieser Formen dargelegt werden.

Das 7. Kapitel ist der Behandlung der Melancholie gewidmet und enthält ebenfalls ganz correcte, aber bereits bekannte Fingerzeige.

Leidesdorf.

Die Pathologie des Sympathicus auf physiologischer Grundlage.

Von Dr. A. Eulenburg und Dr. Paul Guttmann.

(Berlin, Hirschwald 1873.)

Erst in jüngster Zeit wurde die früher vernachlässigte Physiologie des sympathischen Nervensystems Gegenstand eingehenderer Untersuchungen, welche aber zu Resultaten führten, die für die Pathologie von unschätzbarem Werthe sind. In Folge dieses Umstandes ist denn in kurzer Zeit die Literatur über den N. sympathicus sehr schnell angewachsen, und noch auf Anrathen Griesinger's unternahmen es die Verf., die positiven Kenntnisse über diesen Theil des Nervensystems theilweise in mehreren Aufsätzen zusammenzufassen, welche in Griesinger's Archiv erschienen. Das vorliegende Buch bringt diese Aufsätze in umgearbeiteter und erweiterter Form wieder; dazu kommen noch einige ganz neue Abschnitte; so die Functionsstörungen im Gebiete des Halssympathicus bei Verletzungen des Halsmarkes und des Plexus brachialis, die Hyperidrosis unilateralis, die Beziehungen des Glaucom der Neuroretinitis und der Ophthalmia neuroparalytica zum Sympathicus, die Muskelhypertrophie, die Hemiatrophia facialis progressiva, die Epilepsie und der Diabetes mellitus.

Schon die früher erschienenen Kapitel beweisen, dass die vereinte Arbeit der beiden Verf. jedem, der auf diesem Gebiete weiter arbeiten will, ebenso nothwendig, als willkommen und zeitersparend sein wird.

H. B. Obersteiner.

Ueber Kopfschmerz, dessen Arten und Behandlung (On Nervous or Sick Headache, its Varieties and Treatment).

Von Dr. P. W. Latham.

(Cambridge, Deighton, Bell and Co. 1873 u. „The Lancet" 11. Oct. 1873.)

Nach der Ansicht des Verfassers sind die Erscheinungen der Migraine, über welche er insbesondere spricht, auf eine Reizung und darauffolgende Paralyse des N. sympathicus in dessen Cervicalabschnitt zurückzuführen. Die Vorläufer, wie Störungen im Gebiete des Gesichtssinnes u. s. w. sind verursacht durch die Contraction der Gehirngefässe als Folge der Sympathicusreizung, während der Kopfschmerz durch die abnorme Erweiterung der Gehirngefässe, welche die natürliche Folge der Paralyse des Cervicalsympathicus darstellt, erzeugt wird.

H. B. Obersteiner.

Ueber Migraine. Ein Beitrag zur Pathologie der „Nervenstürme". (On Megrim, Sick Headache and some allied Disorders: a Contribution to the Pathologie of Nerve-Storms.)

Von Dr. E. Liveing.

(London 1873. J. und A. Churchill.)

Während bekanntlich Du Bois auf Erfahrungen, die er an sich selbst gemacht hatte, die Migraine für einen tetanischen Zustand des Cervical-Sympathicus hielt, erklärte Anstie dieselbe für eine Neuralgie des Trigeminus; die Ansichten Latham's wurden eben besprochen, Wilks spricht sich dahin aus, dass die wahre Ursache für die Migraine in hundert verschiedenen Umständen liegen könne, und Dr. Clifford Albutt betrachtet dieses Leiden als einen Zustand, in dem Gehirn- und Abdominal-Störungen Hand in Hand gehen.

Der Verfasser geht davon aus, dass einfache Hemicranie „sick-headache", „blind-headache" und endlich jene ernstere Form, in welcher paralytische und aphasische Symptome auftreten, Glieder einer Gruppe darstellen, welche selbst in inniger Beziehung zu jenen Neurosen steht, deren Typus die Epilepsie darstellt.

Zur Erklärung dieser Gruppe von Erkrankungen entwickelt L. nun die Theorie von den Nervenstürmen — Nerve-storms (eine Art nervöser Anfälle). Sie charakterisiren sich 1. durch das paroxysmenweise, manchmal in der That explosive Auftreten der Symptome, 2. durch die intermittirende und periodische Natur der Anfälle, welche seiner Ansicht nach durch die unregelmässige Anhäufung und Entladung von „Nervenkraft" entstehen, 3. durch die Immunität alsbald nach dem Anfall gegen gewisse Einflüsse, die zu einer andern Zeit gewiss einen Anfall herbeigeführt hätten.

Es entsteht daher auch die Migraine nur durch die langsam anwachsende Störung im Gleichgewichte der Nervenkräfte. Umstände, welche diese Störung beschleunigen und endlich den völligen Verlust dieser Balance erzeugen können, führen einen Anfall herbei. Er sieht einen Beweis für seine Theorie darin, dass selbst die Vertreter mehr materieller Theorien genöthigt sind, alsbald nach dem Anfall eine geringe Erregbarkeit und Tendenz zu solchen Attaken anzunehmen.

Begreiflicherweise kann eine solche Theorie, die sich auf eine hin und her balancirende Nervenkraft stützt, auch nur höchst schwankend und unsicher erscheinen, und es wird demnach besser sein, trotz des Mangels genügender Erklärungsgründe für die Pathologie der Migraine die Theorie Liveing's zu verlassen und sich auf den festen „mehr materiellen" Boden zu stellen.

In Bezug auf die Behandlung, die einmal schon die Geneigtheit zu derartigen explosiven Actionen im Bereich des Nervensystems

zu vermindern, sowie zweitens die Gelegenheitsursachen zu entfernen hat, bringt Verf. nichts Neues vor, und gesteht selbst ein, dass in vielen Fällen der therapeutische Erfolg keineswegs genügend sei.

H. B. Obersteiner.

Gehirnsyphilis.

Von Dr. Müller in Leutkirch.

(Correspond. Bl. d. deutschen Gesellsch. f. Psych. u. Psychol. 19. Jahrg. Nr. 6 und 7.)

Ref. gab in Nr. 5 und 6 des Psych. Centralbl. bereits Nachricht über obige Arbeit, die damals schon abgeschlossen schien, von der aber mittlerweile zwei neue Fortsetzungen erschienen. In diesen sind nun die „begrenzten Neuralgien, vollständige Anästhesien oder vollständige Lähmungen in einzelnen Nervengebieten", die damals als charakteristisch für die Gehirnsyphilis erklärt wurden, näher ausgeführt. Von den Neuralgien, die andere Schriftsteller anführen, wird nur der Kopfschmerz gelten gelassen, der aber fast constant vorhanden ist, „vorherrschend durch Abnormitäten in den Gehirnhäuten hervorgebracht."

Anästhesien sind viel häufiger und in allen jenen Fällen vorhanden, die das Bild der allgemeinen fortschreitenden Paralyse darbieten. „Man sieht solche Kranke, welche es nicht empfinden, dass „ihre Augenlider durch Schleim verklebt sind und dass vertrocknete „Schleimborken und Krusten sich in ihren Augenwinkeln befinden, „welche es nicht fühlen, dass eingetrocknete Krusten ihre Nasen„löcher erfüllen, welche es nicht merken, dass sich grössere Quan„titäten von Speiseresten in ihren Mundwinkeln und auf dem Kinne „abgelagert haben, deren Sensibilität so abgenommen hat, dass sie „nicht einmal fühlen, wenn Fliegen oder andere Thierchen sich auf „ihrem Antlitze niederlassen."

Krämpfe entweder in einzelnen Muskelgruppen oder epileptoid, häufig das Vorspiel vorübergehender meist halbseitiger Lähmungen.

Lähmungen kommen bei allgemeiner Paralyse plötzlich zu Stande und vergehen meist schnell, bei Gehirnsyphilis entwickeln sie sich und vergehen viel langsamer, dafür kommen sie nur in einem Drittel der Fälle vor, hingegen von den Paralytikern meist jeder einzelne mehrmals hintereinander davon befallen wird.

Dr. J. Krueg.

Ueber die elektrische Erregbarkeit in Geistes- und Nervenkrankheiten (On electro-excitability in mental and nervous diseases).

Von John Lowe.

(W. R. L. A. M. R. vol. III, 1873, p. 196—216.)

Der Verf. untersuchte theils mit dem grossen theils mit dem kleinen Stöhrer'schen Apparate die elektrische Erregbarkeit einer ganzen Reihe von Muskeln bei Gesunden, und Paralytikern, bei Epilepsie, Manie, Dementia, „Chronic disorganisation of the brain," progressiver Muskel-Atrophie, Hemiplegie, Ataxie locomotrice und Melancholie.

Er besitzt Selbstverläugnung genug, einzugestehen, dass alle seine viel Geduld und Zeit raubenden Versuche kein nennenswerthes Resultat ergaben; und verschmäht es, um ein solches zu erlangen, die vielen wenig variirenden Zahlen künstlich zuzustutzen und zu gruppiren. Eben deshalb wären seine Tabellen einer Aufmerksamkeit würdig, die wir ihnen hier nicht angedeihen lassen können, und eben desshalb gewinnen die wenigen angeführten positiven Resultate an Werth, obwohl sie auch nichts besonders Ueberraschendes enthalten.

Der Verf. fand in jenen Fällen von allgemeiner Paralyse, „Chronic disorganisation of the brain" und Ataxie locomotrice, in denen die Krankheit so weit vorgeschritten war, dass die Kranken nicht mehr ohne Unterstützung gehen konnten, die elektrische Erregbarkeit der Muskel des Fusses geschwächt oder selbst aufgehoben, während auch in diesen Fällen die Muskeln des Gesichtes und der Hände unverändert reagirten.

Bei progressiver Muskel-Atrophie war die Erregbarkeit entsprechend der Ausdehnung der Krankheit vermindert. Bei einem Falle von Hemiplegie ergab sich das sonderbare Resultat, dass der Tibialis anticus beiderseits nicht zur Contraction gebracht werden konnte, der Extensor communis digit. nur links nicht, während der rechte, so wie beiderseits der Biceps ziemlich normal reagirte. Ferner reagirten die Muskeln des Gesichtes beiderseits gleich, (dabei Levator labii sup. alaeque nasi und Zyg. maj. beiderseits schwerer als Orbic. palpeb. und Depress. ang. oris), während doch Verzerrung der Gesichtszüge nach links bestand. Bei der Section dieses Falles ergab sich unbedeutende Zerstörung (slight wasting) der Frontal- und Parietalwindungen, granulirtes Ependym der Ventrikel und eine erbsengrosse erweichte Stelle im Vorderrande des rechten Streifenhügels.

Epilepsie, Manie, Dementia und die frischen Fälle von progressiver Paralyse und Melancholie ergaben kein von

dem Befunde bei Gesunden besonders abweichendes Resultat. Bei einem Falle von hypochondrischer Melancholie war durch Nichtgebrauch Atrophie und Degeneration der Muskeln des Fusses eingetreten, diese reagirten dann natürlich nicht mehr.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Fähigkeit der Farbenunterscheidung bei Geisteskranken. (On the power of perceiving colours possessed by the insane.)

Von T. W. Mc Dowall.

(The West Riding Lunatic Asylum Med. Reports vol. III. von 1873, pag. 129 — 152.)

Der Verf. erzählt zuerst des Breiteren über Farbenblindheit im allgemeinen und nachdem er constatirt hat, dass sich vor ihm noch Niemand damit beschäftigte, Geisteskranke auf Farbenblindheit zu untersuchen, gibt er ganz kurz die Resultate seiner diessbezüglichen Versuche an.

Er liess von 120 Stücken färbiger Wolle (skeines of worsting) die auf einem weissen Tischtuche ausgebreitet waren, den betreffenden Kranken ein oder zwei Stück aussuchen, die dem in der Farbe entsprachen, das er selbst in der Hand hielt. Kranke, die zu wenig zurechnungsfähig waren, wurden ausgeschlossen. Es fanden sich auf solche Weise bei 324 Weibern 9 Fälle und bei 207 Männern 13 Fälle von Farbenblindheit, besser „Dischromatopsie", denn es handelte sich meist um leichtere Fälle, um die Verwechslung von Nuancen oder von stark dunklen Farben.

Nur bei den 9 Weibern sind Notizen über die einzelnen Individuen angeführt, aber es lässt sich keinerlei Beziehung zu einer Krankheitsform oder einer Krankheitserscheinung daraus entnehmen, was übrigens nicht Wunder nimmt, wenn man einen Vergleich mit anderen Statistikern anstellt. Der Verfasser fand bei den Weibern 2·77 Procent, bei den Männern 6·28, in der Gesammtheit 4·14; hingegen Dalton 8 bis 12, Seebeck 12·5, Wilson 5·6 und Prevost 5 (Kelland nur 2, weil schwerere Fälle, Verwechslung von roth und grün betreffend).

Darnach hätten also eigentlich die Geisteskranken günstige Chancen bezugs der Farbenblindheit, und da sie eher weniger als mehr denn andere Leute davon betroffen würden, so wäre damit die Frage nach einem etwaigen Zusammenhang beider Störungen eigentlich überflüssig.

Der Verf. betont mehrmals, dass er ursprünglich nicht beabsichtigte, sobald schon etwas über die Angelegenheit zu veröffent-

lichen und verspricht für das nächste Jahr eine ausführlichere Arbeit mit verbesserter Methode.

Dr. J. Krueg.

Ueber einfachen Schwindel.

Von Clifford Allbutt.

(The Brit. med. Journal 1873, Nr. 656.)

27 Fälle von Schwindel, bei denen sich keinerlei Complication noch sonst ein krankhaftes Symptom nachweisen liess, welches für das Verständniss der Anfälle brauchbar gewesen wäre, kamen dem Verfasser zur Beobachtung; 10 davon theilt er mit. Alle beobachteten Fälle betrafen männliche Personen im Alter von etwa 40 Jahren. Einen Zusammenhang mit Dyspepsie konnte Verf. nicht nachweisen; er glaubt die Ursache der Erkrankung im Cerebellum oder in den Basalganglien suchen zu müssen.

Die Anfälle können zu jeder Tageszeit auftreten, doch zeigen sie sich besonders häufig des Morgens und im Lärm und Gewirre der Strassen.

Für die Behandlung dieser hartnäckigen Krankheit können ausser Strychnin, das mitunter von Erfolg war, nur zwei Dinge anempfohlen werden: Gänzliche Aenderung der Lebensweise, Zerstreuung, Reisen — und türkische Bäder.

H. B. Obersteiner.

Amylnitrit gegen Epilepsie (Nitrite of Amyl in Epilepsie).

Von J. Crichton Browne.

(The West Riding Lunatic Asylum Medical Reports vol. III. von 1873, pag. 153 bis 174.)

Der Verfasser machte seit 1867 gelegentliche Versuche mit Amylnitrit, dabei fiel es ihm auf, dass Paralytiker sehr wenig, hingegen Epileptiker sehr auffallend davon afficirt wurden, was ihn veranlasste, in letzterer Zeit die Wirkungsweise bei diesen genauer zu studieren.

Die Bewusstlosigkeit beim epileptischen Anfalle ist sicher abhängig von der Gehirnanämie, die durch die Gefässcontraction entsteht. Dem entsprechend ist die tiefe Blässe, die das Gesicht während des Anfalles überzieht und die beim „Petit mal“ oft das

einzig auffallende Zeichen ist. Da die Wirkung des Amylnitrits nun gerade entgegengesetzt ist, so war es naheliegend, das Mittel zu versuchen. Eine Epileptische, die durch 85 Tage 80 Anfälle gehabt hatte und zwar mit ziemlicher Regelmässigkeit täglich, bekam Amylnitrit 3 Mal des Tages 5 Tropfen zur Inhalation. Die Anfälle setzten 18 Tage hindurch ganz aus und waren später, als sie nicht mehr so regelmässig Amylnitrit bekam, doch viel seltener als vor Beginn des Versuches.

Noch mehr, künstlich epileptisch gemachte Kaninchen, die ihren Anfall exact 10 Sekunden darauf bekamen, nachdem ihnen ein momentaner elektrischer Strom durch eine Hemisphäre geleitet worden, bekamen den Anfall nicht, wenn ihnen zugleich mit den Elektroden auch das Amylnitrit applicirt wurde. Wurde es ihnen gereicht, nachdem die Elektroden schon angesetzt waren, so waren schwache Ströme nicht ausreichend, einen Anfall anzuregen, stärkere Ströme zogen wohl einen Anfall nach sich, der aber milder als sonst war und auch etwas später auf den Reiz als gewöhnlich erfolgte.

Die 10 Sekunden Zwischenzeit zwischen Reiz und Beginn des Anfalles konnten als eine Art Aura betrachtet werden, es wurde daher getrachtet den Kranken wo möglich während der Aura Amylnitrit zu appliciren. Die Wärter, die die Nachtwache in jenen Zimmern hatten, wo Epileptische schliefen, wurden mit Amylnitrit ausgerüstet mit dem Auftrage, es zu verabfolgen, wenn sie die ihnen bekannten Zeichen eines drohenden Anfalles wahrnahmen. Aura ist viel seltener deutlich bei den Epileptischen der Irrenhäuser, um die es sich hier immer handelt, als nach den Berichten der Autoren bei Epileptischen im Allgemeinen; wo sie aber vorkam, wurde der Anfall meist gänzlich coupirt, jedenfalls viel sicherer als durch irgend ein Mittel, das zu gleichem Zwecke je vorgeschlagen wurde.

Es ist begreiflich, dass der Verf. ein Mittel, das ihm bei den epilepitschen Anfällen so gute Dienste geleistet, auch benützte, sobald sich ihm ein Fall von Status epilepticus darbot. Er erklärt diesen dadurch, dass die excidirende Gelegenheitsursache des epileptischen Anfalles so stark würde, dass ihr mehrere Anfälle folgen, während derselben gebe es immer ein Athmungshinderniss in Folge dessen passire das Blut schlecht durch die Lungen und werde schlecht oxydirt, dadurch ist die Veranlassung zu neuen Anfällen geboten und so geht es in einer Kette von Anfällen fort, meist bis zum Tode. Amylnitrit möge mechanisch durch Erweiterung der Capillaren wirken. Von 8 Fällen, in denen es der Verf. versuchte, starben nur 2 (bei Bourneville von 7 vier), einer derselben war 19 Jahre epileptisch und in einem Zustande von Stupor und Erschöpfung, als er vom „Status epilepticus“ überfallen wurde, der andere war bereits in Agonie, als man mit der Darreichuug des Amylnitrits begann, und selbst bei diesem war noch ein Einfluss

merklich, wenn er auch den Tod nicht mehr abwenden konnte. Auch unter den Genesenen waren so schwere Fälle, dass der Verf., der sich einer reichen Erfahrung über „Status epilepticus“ rühmt, sie schon aufgegeben hatte und das Amylnitrit anwandte, ohne selbst auf günstige Wirkung zu hoffen. Die Besserung trat meist nach kurzer Zeit derart ein, dass die Anfälle viel seltener wurden und schliesslich nach wenigen Tagen ganz aufhörten. Die Bewusstlosigkeit schwand immer bald nachdem Amylnitrit gereicht wurde. Die Verabreichung geschah im Beginne in kurzen Zwischenräumen, etwa stündlich.

Anhangsweise mag erwähnt sein, dass nach dem „New-York Medic. Journal“, Juli 1872, Dr. S. Wein Mitschell in Amerika Amylnitrit in ähnlicher Weise wie Crichton Browne benützte, indem er einen Epileptiker während der Aura inhaliren liess, dabei wurden die drohenden Anfälle nicht nur coupirt, sondern überhaupt seltener.

Dr. J. Krueg.

Documente zur Geschichte des Bromkaliums (Documents pour servir à l'histoire du bromure de potassium).

Von Dr. J. Drouet in Ville-Evrard.

(Annales médic. psychologiques. Septemberheft 1873, p. 197—209.)

Verf. hat in Gemeinschaft mit dem Director der Anstalt Ville-Evrard seit 4 Jahren in mehr als 60 Fällen Bromkalium versucht. Als Heilzwecke galten: Heilung der Epilepsie, Beruhigung der maniakalischen Aufregung, Zurückführung perverser Sensationen zur Norm, Verhinderung des Onanirens und endlich — Schlaf. Bei allen Fällen hatte er nicht einen einzigen wahren Erfolg und nur einen zweifelhaften, so dass er zu dem Schlusse kommt, dass Bromkalium bald in der Reihe jener zweifelhaften Grössen rangiren wird die wie: Indigo, Zinkoxyd, Valeriana, Kirschlorbeer, Campher und andere auch einmal eine Rolle als Nervina gespielt haben.

Der Ref. will zum Troste der Verehrer des Bromkaliums den knappen Inhalt jener 7 Fälle anführen, die der Verf. „um Wiederholungen zu vermeiden“ aus jenen über 60 herausgegriffen.

I. Seit 15. J. epileptisch, früher einmal mit Bromkalium gebessert, Anfälle jede Nacht, kalte Douche, Bromkalium von 0·50 bis 15 Gramm täglich, fast augenblickliche Besserung, nur 2 Anfälle in 2 Monaten, wird entlassen, — die Besserung aber den kalten Douchen zugeschrieben.

II. Seit 10 J. epil., Onanist, kommt mit Grössenideen und Hallucinationen in die Anstalt, 4 Grm. Bromkalium täglich durch 2 Monate — ohne Erfolg.

III. 30 J. alt, seit der Kindheit epil. — stumpfsinnig, manchmal heftig maniakalisch — Bromkalium 712 Grm. während $3^1/_2$ Monate — kein Erfolg.

IV. Seit 7 J. epil. 2 bis 3 Anfälle im Monate. Mutter epil. gewesen — 1 bis 3 Grm. Bromkalium täglich, kein Anfall vom 14. Juni bis Ende October — Bromkalium wird ausgesetzt, sehr heftiger Anfall 13 Tage darauf, der sich am 30. November wiederholt, trotzdem seit 26. die Bromkaliumbehandlung wieder aufgenommen wurde.

V. 5 J. altes Kind mit 15 bis 20 Anfällen im Monate — 0·25 bis 1 Grm. Bromkalium ohne Erfolg.

VI. Eine 30jährige Frau, seit 2 Jahren geisteskrank, bekommt heftige maniakalische Anfälle — prolongirte Bäder, Opiate beruhigen sie nicht, Bromkalium zu 3 bis 13 Grm. auch nicht.

VII. „Lypémanie avec troubles de sensibilité générale.“ 45 J. alte Frau, bevor sie in die Anstalt gebracht wurde, bereits 12 Jahre in der Salpêtrière gewesen, ihr Vater starb in Charenton, wo er 30 Jahre lang gehalten wurde. Die Kranke hat seit 2 Jahren ununterbrochen die mannigfachsten Illusionen und Hallucinationen, wäscht sich um die verschiedenen Sensationen abzuwehren fortwährend, zuletzt mit ihrem Urin. Opiate, Belladonna, 6—8stündige Bäder, Chloral bis 7 Grm. konnten sie nicht davon abbringen — Bromkalium auch nicht!

Dr. J. Krueg.

Missstaltungen an Rumpf und Extremitäten von Idioten.

Vorläufige Mittheilung von Prof. L. Meyer in Göttingen.

(Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1872, Nr. 46.)

An einem Idioten höheren Grades war bereits seit längerem der besondere Charakter seiner Haltung und Bewegung aufgefallen; seine Art und Weise zu stehen, zu gehen, zu greifen, der Ausdruck seiner Affecte u. s. w. erinnerten an anthropoide Affen. Genauere Untersuchungen und Messungen haben nun ergeben, dass die Formen des Körpers vielfach solche sind, wie sie dem kindlichen Alter (das Alter des Idioten ist nicht angegeben) oder niederen Racen

(Negern u. s. w.) entsprechen würden. So ist die gewöhnliche Richtung des Gesichtes nach abwärts geneigt, die Wirbelsäule ist gerade, die Schultergelenke sind nach vorne gekehrt, die Arme zu lang, die Unterschenkel zu kurz u. s. w.

Aus einer Hydroencephalocele in der Gegend der kleinen Fontanelle, die sich nach der Geburt zurückbildete, lässt sich als nächster Grund der Idiotie auf eine Hydrocephalie während der Fötalzeit schliessen; so dass unter dem Einfluss einer unzweifelhaft pathologischen Gehirnveränderung Gestaltungen zu Stande kamen, welche im hohen Grade geeignet wären, von den Vertretern der atavistischen Theorie für ihre Ansichten verwendet zu werden.

H. B. Obersteiner.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 25. October 1873 um 6 Uhr Abends.

I. Prof. Dr. Meynert: Mittheilung über die in der internationalen psychiatrischen Section angeregte statistische Aufgabe.

II. Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen an Geisteskranken.

III. Dr. Höstermann: Casuistische Mittheilung.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. November 1873. Nr. 11.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 25. October. — Porta. Traumatische Zerstörung einer Grosshirnhemisphäre. — Curschmann. Klinisches und Experimentelles zur Pathologie der Kleinhirnschenkel. — Roth. Ueber varicöse Hypertrophie der Nervenfasern des Gehirns. — Obermeyer. Varicöse Axencylinder im Centralnervensystem. — Robinson. Ueber die entzündlichen Veränderungen der Ganglienzellen des Sympathicus. — Mosler. Neuropathische Entstehung der Harnruhr. — John Galton. Ueber den Zustand des Trommelfells bei Geisteskranken. — Wilkie Burmann. Herzkrankheiten bei Geistesstörung. — Milner Fothergill. Ueber die Herztöne bei der paralytischen Geistesstörung. — Clifford Albutt. Ueber weniger bekannte syphilitische Neurosen. — Fr. Jolly. Bericht über die Irrenabtheilung des Julius-Spitals zu Würzburg. — Professor Beer † — Programm.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 25. October 1873.

Der Vorsitzende, Herr Prof. Meynert, macht der Versammlung Mittheilung über die in der internationalen psychiatrischen Section angeregte statistische Aufgabe, die bei den Psychosen auftretenden Symptome in statistischer Breite in Evidenz zu halten und sie unter die heute gangbare Nomenclatur für die Formen des Irrsinns zu subsumiren. Er hat diese Vorschläge in der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, welche im Anschluss an die Naturforscherversammlung zu Wiesbaden tagte und eben mit der Schlussfassung über in Deutschland allgemein zu empfehlende statistische Tabellen beschäftigt war, vorgelegt mit dem Antrage, die jedem abgelaufenen Krankheitsfall angehörigen Symptome und eventuell Leichenbefunde als ein der Abgangstabelle anzufügendes Zählblättchen zu behandeln, dessen Ausfüllung dem freien Entschlusse zu solcher Arbeit in den Irrenanstalten anheimzugeben wäre. Zur Feststellung der dabei in Frage kommenden Symptomenreihe und zur Redaction einer die darunter verstandenen Erscheinungen klar bestimmenden Erläuterung waren hervorragende Mitglieder der deutschen psychiatrischen Gesellschaft

so freundlich, sich von ihm zu gemeinsamer Ausarbeitung cooptiren zu lassen. — Prof. Meynert verspricht die Resultate dieser näheren Ausarbeitung seines Vorschlages noch vor der nächsten Zusammenkunft des deutschen psychiatrischen Vereines der geehrten Versammlung vorzulegen.

Es knüpfte sich hieran eine kurze Discussion, an der sich Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner, Herr Prof. Dr. Leidesdorf und Herr Sanitätsrath Dr. Gauster betheiligen; letzterer stellt den allgemein angenommenen Antrag, Herr Prof. Meynert möge, wenn die Tabelle vollendet, dieselbe unter den Mitgliedern cursiren lassen und seinerzeit zur Besprechung dieses Gegenstandes eine eigene Versammlung berufen.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe beleuchtet darauf kurz, unter Hinweis auf einen in der nächsten Sitzung zu haltenden ausführlicheren Vortrag, den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen an Geisteskranken. Die Versammlung beschliesst heute noch nicht in die Discussion einzutreten. Herr Prof. Meynert ersucht den Redner zur Erleichterung der späteren Discussion im Organe des Vereines oder irgend einer medizinischen Zeitung die wichtigsten Punkte, welche er zu besprechen gedenke, zu veröffentlichen.

Herr Dr. Höstermann berichtet über einen schweren Fall von atonischer Melancholie, der sich gegenwärtig noch in Behandlung auf der Klinik befindet. Er skizzirt kurz die Krankengeschichte, welche in evidenter Weise das Wesen der Melancholie als in einem Hemmungszustande begründet darstellt und das logische Entstehen einiger Wahnideen in interessanter Weise verfolgen lässt, und geht dann auf das eigenthümliche Verhalten des Kranken gegen Amylnitrit über. Es bedurfte zur Erzielung der physiologischen Wirkung einer längeren Zeit als in den meisten anderen Fällen; dann aber wurde der Kranke lebhafter, es kam zu spontanen Bewegungen und er bekundete ein Gefühl angenehmer Wärme und grösserer Leichtigkeit. Die Wirkung verschwand jedoch sehr schnell und der frühere Stupor trat wieder auf; zugleich aber beklagte sich der Kranke über ein den ganzen Körper befallendes Frostgefühl. Es beruht das wohl auf einer Contraction der feinsten Arterien der Haut und es erscheint somit die Annahme gerechtfertigt, dass in diesem Falle das vasomotorische Centrum in bedeutender Erregung sich befindet, so dass die durch Amylnitrit bedingte Lähmung desselben sofort wieder einem sogar gesteigerten, einen heftigen Gefässkrampf zur Folge habenden Reizzustande weicht. Auf dieser Basis mag auch wohl der trotz der Anwendung des Amylnitrit noch steigende hochgradige Stupor und die bei den meisten atonisch Melancholischen zu beobachtende Circulationsstörung beruhen.

Prof. Leidesdorf erwähnt im Anschlusse daran, dass er Amylnitrit angewendet, bisher jedoch noch wenig Resultate gesehen,

dass die Zahl seiner Beobachtungen ihm jedoch nicht ein definitives Urtheil gestatte. Er neige sich der Annahme zu, dass eben so wie beim Rash, den er in Einem Falle beobachtet habe, individuelle Reizbarkeit wesentlich influencire.

Herr Prof. Meynert hebt hervor, dass nur in Fällen, in denen nicht wie in dem berichteten, der Stupor excessiv sei, eine günstige Wirkung zu erwarten wäre.

Herr Sanitätsrath Gauster betont, dass es nothwendig erscheine, sorgfältig die Fälle auszuwählen, in denen Amylnitrit angewendet werden solle und berichtet über einen Fall, in welchem er des Versuches halber und obwohl er den Erfolg vorhergesehen habe, Amylnitrit vorsichtig einathmen liess. Es handelte sich um Stupor bei einem schwachsinnigen Menschen, bei welchem er eine chronische Meningitis diagnosticirte. Nach der Einathmung steigerte sich der Stupor und der Kranke brauchte etwa 2 Wochen, um wieder auf den alten Zustand zurückzukommen.

Herr Prof. Meynert meint, wenn ein solcher Fall vorkäme, sei er vielleicht dahin zu erklären, dass unter Umständen die Verminderung des Blutdruckes einen etwa vorhandenen Hydrocephalus in dem Resultate des Gehirndruckes unterstützen könne.

Traumatische Zerstörung einer Grosshirnhemisphäre ohne functionelle Läsion.

Von Prof. Porta aus Pavia.

(Archivio italiano per le malattie nervose e le alienazioni mentali Novembre 1873.)

Der als Chirurg berühmte Verfasser hielt über den betreffenden Fall einen Vortrag im k. lombardischen Institute für Wissenschaften. Es handelt sich in dem Falle um einen Menschen, welcher in Folge schwerer Kopfverletzung einen Verlust der rechten Grosshirnhemisphäre erlitten hatte.

Als der Verletzte bald nach der Verletzung zu sich gekommen war, erinnerte er sich genau, dass man ihn auf einen Wagen geladen und in das Hospital gebracht hatte. — Dort wurde er durch zweieinhalb Monate behandelt; nachdem die Knochenfragmente sich abgestossen hatten, bedeckte sich die Wundfläche mit Granulationen. Der Kranke verliess in diesem Zustande das Spital trotz der noch offenen Wunde und trotz der von Beginn der Verletzung an noch bestehender linkseitigen Hemiplegie und setzte die ärztliche Behandlung zu Hause bis zur vollständigen Vernarbung der Wunde fort. Wegen der fortbestehenden Lähmung begab er sich auf die Klinik nach Pavia 18 Monate nach der erlittenen Verletzung, 1 Jahr nach

der Vernarbung seiner Wunde. Prof. Porta beschreibt nun ausführlich den erlittenen Substanzverlust, die Form der dadurch entstandenen Höhle im Schädelraum, welche eine vollständige Entleerung der rechten Seite desselben ermessen liess mit wahrscheinlicher Erhaltung der basilären Hirntheile.

Trotz diesem ausserordentlichen Hirnsubstanzverlust hatten weder die psychischen noch die Sinnesfunctionen irgend welchen Schaden erlitten. Von dem Augenblicke, in welchem der Verwundete aus dem Zustande der Bewusstlosigkeit, die nur einige Stunden gedauert hatte, herausgekommeu war, bis zu seiner Aufnahme auf der Klinik des Prof. Porta, hatte niemals weder Kopfschmerz noch Schwindel, weder eine psychische noch sensorielle Störung sich dargeboten. Die linke untere Extremität war paretisch und atrophisch, doch konnte der Kranke stehen und auf einen Stock gestützt herumgehen. An der linken oberen Extremität war die Lähmung auf den Deltamuskel, den Triceps und den gemeinschaftlichen Extensor digitorum beschränkt, diese Muskeln zeigten sich auch atrophisch; während die Adductoren und Flexoren der Pectoralls major, Biceps, Brachialis internus und der Flexor com. digitor. normal fungirten.

Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dass eine genaue Abschätzung der zerstörten Hirntheile allerdings bei dem noch am Leben befindlichen Individuum nicht möglich war und da auch der Grad von Energie oder Leistungsfähigkeit der erhaltenen geistigen Thätigkeit nicht festgestellt werden konnte, obwohl der allerdings psychologisch wenig gebildete Kranke über kein ihm gegen früher auffälliges Eintreten geistiger Ermüdung klagte.

Der Verf. beschliesst seine Arbeit, indem er hervorhebt:

1. dass die Hirnmasse ein Doppelorgan ist, welches aus zwei sich ähnlichen Theilen besteht, so dass der eine den anderen nach dessen Abgang ersetzen kann;
2. dass die verschiedenen Theile des Gehirnes Sitz vollständig isolirter, besonderer und verschiedener Functionen sind, so dass die Verletzung dieser Theile auch die bezügliche Functionsstörung nach sich zieht;
3. dass in diesem Falle die Lähmung der linken oberen Extremität durch elektrische Behandlung wesentlich gebessert wurde.

In einer anderen Sitzung theilte Prof. Porta einen zweiten interessanten Fall mit, geeignet, die anatomische und physiologische Duplicität der Hirnhemisphären zu beweisen.

Es handelt sich um eine Frau, welche von heftigem Fieber ohne Delirium, ohne Stupor oder Sopor, befallen wurde; bei der Obduction fand sich, dass die rechte Grosshirnhälfte vollständig in einen Eiterherd untergegangen war, unbeschädigt fand man nur das

Kleinhirn, die Brücke, die Kleinhirnschenkel und intraventriculären Hirntheile.

(Rendiconto del R. Istituto Lombardo 1872—73.)

Leidesdorf.

Klinisches und Experimentelles zur Pathologie der Kleinhirnschenkel.

Von Dr. H. Curschmann (Berlin).

(Deutsches Archiv f. klin. Medicin. XII. 4. 5.)

Verfasser liefert in dieser Mittheilung einen wichtigen Beitrag zur Kenntniss von der Localisirung der Gehirnfunctionen und einen neuen Beweis für den Werth experimenteller Untersuchungen bei der Beurtheilung von Gehirnerkrankungen.

Ich will hier den Krankheitsfall vorausschicken. Am 10. Juni 1869 wurde die 39jährige Kranke aufgenommen, mit vorgeschrittener Lungenphthise. Schon am Nachmittag des 11. Juni wurde die Kranke von heftigem Erbrechen befallen, sie klagte über Schwindel, Kopfschmerz in der Scheitelgegend. Am 12. dauern Kopfschmerz und Schwindel fort; die Pupillen sind gleichmässig verengert, Augenstellung normal, Irrereden stellt sich ein. Am 13. Sopor, Zuckungen in beiden Armen und Beinen. Am 16. fand man die Kranke auf der rechten Seite liegend, der Kopf war dabei stark nach rechts und etwas nach vorne gebogen, die schlaffen Arme lagen dem Körper gerade an, während die Beine in Knie und Hüften ein wenig gebeugt waren.

Bei dem Versuche die Kranke in eine andere Lage zu bringen, schnellte dieselbe sofort, wenn die Hände entfernt wurden, in die ursprüngliche Seitenlage zurück. Eine jede veränderte Lage, mochte man sie manuell oder durch Polster u. s. w. zu sichern und zu befestigen suchen, dauerte nur so lange, als die genügende Unterstützung währte und wurde dann sofort wieder mit der ursprünglichen rechten Seitenlage vertauscht. Zur Wiedereinnahme dieser Seitenlage wurde, was besonders hervorzuheben ist, der Körper constant in derselben bestimmten Richtung, von der linken nach der rechten Seite hin gedreht.

Die Augenstellung war dabei vollkommen normal. Mehrmals wiederholte oder nur eine ganze Rotation um die Längsachse des Körpers wurden bei der genau beobachteten Kranken nie gesehen; jede Drehung, die vorkam, reichte eben gerade nur hin, den Körper aus einer künstlich veränderten Stellung in die Zwangslage zurückzubringen.

Am 19. Juni starb die Kranke, die Zwangslage bis zum Tode einhaltend. Die Section ergab:

An der Hirnbasis ein gelbliches gelatinöses Exsudat, das sich in der gewöhnlichen Weise am stärksten im Verlaufe der grösseren Gefässe nach den angrenzenden Theilen verbreitete; hie und da hirsekorngrosse, weissliche Granulationen.

In der Substanz des rechten Kleinhirnschenkels hauptsächlich da, wo das Crus cerebelli ad corp. quadr. und das Crus ad medullam zusammentreten, findet sich ein bräunlich rother, erweichter Herd, der eine Menge etwa stecknadelkopfgrosser Blutextravasate im zertrümmerten Gewebe erkennen lässt. Diese Veränderung setzt sich nach oben gegen die Vierhügel zu fort, weniger nach abwärts. Das Kleinhirn und die Brückenarme blieben intact.

Es war also eine tuberkulöse Basilarmeningitis vorhanden, in deren Verlaufe die beschriebenen Capillarapoplexien etwa 3 Tage vor dem Tode erfolgten.

Die Angaben über die Erscheinungen, welche auf die künstliche Durchtrennung eines oberen oder unteren Kleinhirnschenkels am Thiere folgen, variiren im hohen Grade, so dass sich daraus keine Ansicht formuliren lässt. Curschmann hat nun zwischen Tubercul. acusticum und Kleinhirnhemisphäre ein schmales Messer eingeschoben und gefunden, dass dann gerade jene Stelle getroffen wird, an welcher sich die beiden fraglichen Kleinhirnschenkel vereinigen. Der Erfolg der Operation war ein constanter. Eigentliche Zwangsbewegungen kamen niemals vor, eben so wenig wie irgend welche Aenderung in Stellung oder Bewegung der Augen.

Als sehr auffallende Erscheinung zeigte sich jedoch, dass die Thiere constant auf die Seite fielen, die der des lädirten Schenkels entsprach und augenscheinlich mit dem Charakter des Zwanges diese Lage bis zu dem, oft erst nach einigen Stunden eintretenden Tode beibehielten. Wurden solche Kaninchen nach der anderen Seite gedreht, oder in irgend eine andere Stellung gebracht, so wurde diese wieder, wenn man sie nicht künstlich fixirte, alsbald mit der anfänglichen Seitenlage vertauscht.

C. bezeichnet daher diese Lage als Seiten-Zwangslage. Auch nach Durchschneidung des Brückenarmes wurden ähnliche Erscheinungen beobachtet. Wurde aber beim Kaninchen das Tubercul. acusticum verletzt (besonders wenn dasselbe von hinten und den beiden Seiten her abgelöst war), so zeigte das Thier ganz constant die heftigsten und ausgesprochensten Drehbewegungen um die Längsachse von der gesunden nach der verletzten Seite hin, verbunden mit Verdrehung der Augen, von denen das der verletzten Seite nach unten und vorn, das der entgegengesetzten Seite nach hinten und oben abstand.

Die Uebereinstimmung, welche der oben angeführte Fall mit dem Thierversuche darbietet, ist in die Augen springend.

Einen ähnlichen Fall hat Nonat beobachtet und beschrieben.

Zu bemerken ist, dass nach den Versuchen von Curschmann die Folgen der pathologischen und experimentellen Läsionen aller Kleinhirnschenkel sich immer auf der Seite der Affection äussern. Im Gegensatz hiezu bringen die Hemisphären des Kleinhirns die von ihnen ausgelösten Impulse gekreuzt zur Geltung. Eine nach allen Richtungen hin stichhaltige Erklärung des Mechanismus der Seiten-Zwangslage zu geben, ist C. wie er offen gesteht, nicht im Stande, es geht ihm in dieser Beziehung wie den Bearbeitern der Zwangsbewegungen, über deren Auffassung die Acten auch noch nicht geschlossen sind.

Jedenfalls war auf Seite der Zwangslage keine eigentliche Lähmung vorhanden. Es hatte vielmehr den Anschein, wie wenn auf der Seite der Läsion nur die Accommodation der Muskelthätigkeit beschränkt oder aufgehoben wäre. Es würde dadurch der natürliche Gleichgewichtszustand des Bewegungsapparates gestört und das Zustandekommen der Zwangslage durch die Präponderanz der geregelten Thätigkeit der intacten Seite über die verletzte und nach dieser hin veranlasst sein.

H. B. Obersteiner.

Ueber varicöse Hypertrophie der Nervenfasern des Gehirns.

Von Prof. Roth in Basel.

(Virchow's Archiv LVIII. Band, 2. Heft.)

In einem früheren Aufsatz hatte Verfasser nachgewiesen, dass die varicöse Hypertrophie der Axencylinder in der Retina gar nicht selten und als Theilerscheinung eines Entzündungsprocesses aufzufassen sei.

An 3 Fällen fand Prof. Roth derartige Varicositäten jedesmal in Erweichungsheerden im Gehirne, und zwar am grössten in einer hämorrhagischen Erweichung des Pons, welche genau 8 Tage alt sein musste.

Nicht selten ist an derlei hypertrophischen Axencylindern eine Querstreifung (ähnlich der durch Arg. nitr. erzeugten), an anderen eine Längsstreifung oder selbst eine fibrilläre Zerklüftung zu beobachten. Diese Varicositäten, welche auch im Gehirn auf einen Entzündungsprocess zurückgeführt werden müssen, haben nur eine beschränkte Lebensdauer, indem sie bald nach ihrem Entstehen einer Fettdegeneration oder Erweichung anheimfallen.

H. B. Obersteiner.

Varicöse Axencylinder im Centralnervensystem.

Von Dr. O. Obermeyer in Berlin.

(Virchow's Archiv LVII. Bd. 2. Heft.)

Mit Roth nimmt auch Obermeyer einen entzündlichen Process im Centralnervensystem als die Ursache der Varicositätenbildung an den Axencylindern an. Ausser den geringgradigen normalen Anschwellungen, die sich mit Ausnahme des Grosshirnmarklagers nicht gar so selten finden, hatte er auch ziemlich oft Gelegenheit bedeutendere Varicositäten der Axencylinder zu beobachten, z. B. bei zwei Gliomen, bei einem gemischten Sarcom des Pons, bei gelber Erweichung, bei Tabes, Paralysis progressiva u. s. w.

H. B. Obersteiner.

Ueber die entzündlichen Veränderungen der Ganglienzellen des Sympathicus.

Von A. R. Robinson aus New-York.

(Med. Jahrbücher 1873, IV. H.)

Es wurde in die Wandung der Aorta bei Fröschen ein Faden eingelegt, nach 2—7 Tagen das Thier getödtet und die Aorta nach Färbung mit Goldchlorid untersucht. Die Veränderungen, welche die Sympathicuszellen dabei erlitten hatten, waren folgende: Zuerst schwindet das eigenthümliche grobkörnige Ansehen, an der Oberfläche des Zellleibes zeigt sich eine Furchenbildung, die endlich zur Zertheilung des Zellleibes in kleine Abschnitte führt. Diese Theilung kann entweder die ganze Zelle betreffen, oder aber nur einen Theil derselben; auch die Zellfortsätze können sich an dieser Spaltung betheiligen. Diese neugebildeten kleinen Zellen schlüpfen bald aus der Kapsel, wenn diese noch jung und zart ist; ist sie aber alt und dicht, so bleiben die Zellen, bevor sie austreten und sich im entzündeten Gewebe vertheilen, noch einige Zeit in der Kapsel.

H. B. Obersteiner.

Neuropathische Entstehung der einfachen Harnruhr (Hydrurie) durch Meningitis cerebro-spinalis epidemica, durch Trauma, durch Syphilis.

Von Prof. Fr. Mosler in Greifswalde.

(Virchow's Archiv 58. Band, 1. Heft, vom 19. Juli 1873.)

Nachdem durch Bernard nachgewiesen worden war, dass Verletzungen der Medulla oblongata vom 4. Ventrikel aus je nach der Stelle Diabetes mellitus, D. insipidus oder Eiweissharnen anregeu können, lag es nahe in der Praxis die Diabetiker auf Nervensymptome zu untersuchen, deren Anwesenheit den jeweilig vorliegenden Fall als Neurose ausweisen würde.

In einer früheren Veröffentlichung hat der Verf. schon einen Fall mitgetheilt. Ein 22jähriges Mädchen, das im 3. Jahre Meningitis überstanden, hatte seitdem durch eine Reihe von Jahren an Hydrurie, heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel gelitten. Die Section ergab ein wallnussgrosses Gliom im 4. Ventrikel.

Die neuen Beobachtungen betreffen:

I. Einfache zuckerlose Harnruhr bei einem 7 Jahre alten Knaben als Nachkrankheit einer im 3. Lebensjahre überstandenen Meningitis cerebro-spinalis. Die 24stündige Harnmenge schwankte von 2500—4200 Centim., das specifische Gewicht von 1005—1002. Eisenpräparate und Plumbum aceticum brachten keine Besserung, dieses war von 0·05 bis 0·15 mit Opium von 0·001 bis 0·003 gegeben worden.

II. Einfache zuckerlose Harnruhr, in Folge eines Falles auf den Kopf im 3. Lebensjahre, hatte zur Zeit der Beobachtung bereits 14 Jahre gedauert ohne auffallende Schwächung des Organismus. Grosse Dosen von Blei mit Opium erzielten bedeutende Besserung, es wurden von 0·3 bis 0·6 Plb. acet. und 0·03 bis 0·06 Opium täglich verabreicht bis zum Auftreten von Intoxicationserscheinungen. Die Harnmenge verringerte sich erst nach Gebrauch der höheren Dosen blieb aber dafür auch nach dem Schwinden der Intoxicationserscheinungen vermindert; früher betrug sie gewöhnlich zwischen 7500 bis 8000 und stieg selbst auf 9000 Centim., nach der Bleikur hielt sie sich meist zwischen 2500 bis 4000 und erreichte nie 6000 Centim.

III. Einfache zuckerlose Harnruhr ganz allmälig entstanden bei einem 50 Jahre alten Arbeitsmanne als erstes Symptom von Gehirnsyphilis. Dazu gesellten sich epileptiforme Krampfzufälle. Antisyphilitische Kur bewirkte auffallende Besserung der Harnruhr. Später Verschlimmerung in Folge neuer Apoplexien Lähmung des rechten Armes und Beines, Aphasie. Vollständige

Anästhesie beider Körperhälften. Allgemeiner Marasmus. Tod nach 2 Jahren. Die Urinmenge war im Beginne der Beobachtung durch eine Schmierkur von 8700 bis 13235 auf 3053 bis 3560 herabgemindert worden.

Dr. J. Krueg.

Bemerkungen über den Zustand des Trommelfells bei Geisteskranken (Notes on the condition of the tympanic membrane in the insane).

Von Dr. John C. Galton, Assistent im West Riding Asylum.

(The West Riding Lunatic Asylum Medical Report vol. III. von 1873, pag. 258 bis 272.)

Nach einer Exposition über Anatomie und Untersuchungsmethode gibt der Verf. die Resultate seiner bisherigen Untersuchungen.

Er untersuchte 35 Personen auf die Einwirkung von Amylnitrit, unter diesen bekamen von 15 Gesunden 1 starke, 2 mässige Congestion in den Gefässen des Hammergriffes, von 16 Epileptikern 8 starke, 3 mässige und von 4 Geisteskranken 1 starke Congestion.

Ausserdem wurden 234 Personen und zwar Gesunde, Epileptische und Geisteskranke untersucht, bei einer guten Anzahl derer wurde die genauere Untersuchung vereitelt, meist durch Pröpfe von Cerumen, deren Entfernung umständlich gewesen wäre. Bei dem Reste fand sich an 27 Gesunden keine Congestion, von 106 Epileptischen aber bei 36 Congestion der genannten Gefässe.

Der Verf. kommt zu folgenden vorläufigen Schlüssen:

1. Wenn eine Veränderung der Vascularisation, z. B. Hyperämie gleichzeitig innerhalb und ausserhalb des Schädels durch die Einwirkung irgend eines Medicamentes hervorgebracht wird, so kann eine ähnliche Veränderung auch am Trommelfelle wahrgenommen werden, aber nicht constant.
2. Gewisse Cerebralaffectionen z. B. Epilepsie die begleitet oder bedingt sind durch einen hyperämischen Zustand der Theile an der Basis cranii sind öfters aber keineswegs immer von einem gleichen Zustande der Gefässe des Trommelfelles begleitet.
3. Es müssen noch viele vergleichende Versuche bei Geistes-Gesunden und Kranken und weitere Experimente mit Drogen (wie Ergotin, Atropin etc.), deren specifische Einwirkung auf das vasomotorische System bekannt ist, gemacht werden, bevor diese Schlüsse für Physiologie und Pathologie entsprechende Bedeutung gewinnen können.

Dr. J. Krueg.

Herzkrankheiten und Geistesstörung (Heart disease and insanity).

Von Dr. Wilkie Burmann.

(W. R. L. A. M. R. vol. III, 1873, p. 216—257.)

Der Verf. glaubt sich durch seine statistischen Untersuchungen zu der Annahme berechtigt, dass zwischen Herz- und Geisteskrankheiten eine deutliche Beziehung existire insoferne, als beide im Laufe der letzten Jahre in England zugenommen haben, absolut und relativ zur Bevölkerungsziffer, und ausserdem die Bezirke mit einer grösseren Anzahl Herzkranker auch eine grössere Anzahl von Geisteskranken haben.

Die Untersuchung des Herzens bei lebenden und Todten ergab, dass Herzkrankheiten bei Geisteskranken (West Riding Asylum etc.) viel häufiger sind als bei Geistesgesunden. Bei 500 Leichen fand sich in nicht weniger als 36 Percent irgend eine Erkrankung der Klappen oder Oeffnungen von Herz oder Aorta, $14^1/_2$ Percent zeigten Hypertrophie ohne Klappenerkrankung, möglicherweise durch die Gehirnerkrankung bedingt, 30 weitere Percent zeigten Hypertrophie, fettige Degeneration und andere Herzkrankheiten von geringerer Bedeutung, nur 20 Percent hatten ganz gesunde Herzen.

Von 680 männlichen Patienten hatten 44 Percent Herzkrankheiten, wobei nur jene berücksichtigt werden konnten, die während einer einzigen Untersuchung sich entdecken liessen.

Das durchschnittliche Gewicht des Herzens ist in beiden Geschlechtern bei Geisteskranken um 1 Unze schwerer als bei Geistesgesunden. Diese Zunahme ist nur zum Theile den häufigeren Klappenerkrankungen zuzuschreiben, anderen Theils aber hängt sie von der Hypertrophie ab, die bei chronischer und recurrirender Manie, sowie bei consecutiver Dementia vorkommt, ohne Klappenfehler besteht und häufig den rechten Ventrikel allein betrifft. Bei paralytischer Geistesstörung und bei chronischer, consecutiver Dementia (chronic disorganisation of the brain) wurde das Gewicht des Herzens beträchtlich höher gefunden als bei anderen Formen.

Mit Herzkrankheiten waren am häufigsten behaftet Kranke mit hypochondrischer Melancholie, mit der sogenannten Verdachts-Monomanie und überhaupt mit Formen, die eine boshafte, mürrische Stimmung erzeugen und es scheint, dass die Herzkrankheit irgend einen Bezug darauf hat, wobei die subjectiven Gefühle gewiss eine reiche Unterlage für Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen liefern.

Chronische und vorgerückte Geisteskrankheit zeigt wesentlichen

asthenischen Typus auch in der Circulation, kalte livide Extremitäten und kleinen schwachen Puls.

Dr. J. Krueg.

Ueber die Herztöne bei der paralytischen Geistesstörung (The heart sounds in general paralysis of the insane).

Von J. Milner Fothergill.

(W. R. L. A. M. R. vol. III. 1873, pag. 112—128.)

Einer Aufforderung C. Browne's nachkommend untersuchte der Verf. die Herztöne bei 22 Paralytikern und fand bei 17 derselben eine deutliche Verstärkung des zweiten Aortentones. Während er die Untersuchung begonnen hatte ohne ein besonderes Resultat zu erwarten, ergab die angeführte Ziffer dass doch ein Zusammenhang zwischen der allgemeinen Paralyse und der Verstärkung des zweiten Aortentones obwalten müsse und in der That fand sich bei 55 Paralytikern dieselbe Verstärkung 44 Mal, von den 11 negativen Fällen waren 3 unvollständige Beobachtungen, die übrigen 8 hatten den zweiten Aortenton normal oder weniger verstärkt, als es der Verf. um exact zu bleiben verlangte.

Eine Erkrankung an den Klappen selbst ausgeschlossen, kann eine solche Verstärkung nur von Veränderungen im peripheren Gefässbezirke abhängen, und zwar entweder von vermehrter Spannung in den Arterien oder direct von Vergrösserung des Gefässbezirkes. Da die Hypertrophie des Herzens bei der allgemeinen Paralyse fehlt*), so bleibt nur die letztangeführte Ursache, die Vergrösserung des Gefässbezirkes.

Die anatomischen Untersuchungen sprechen nicht für eine Vermehrung, dagegen wohl für eine Erweiterung der Blutgefässe des Gehirnes. In den erweiterten Gefässen ist mehr Blut, die rückfallende Blutsäule also auch schwerer als normal, daher die Verstärkung des Tones. War diese Erklärung richtig, so musste bei anderen Hyperämien des Gehirnes gleichfalls der zweite Aortenton verstärkt werden; es musste aber auch die Lage des Kranken in sofern einen Einfluss darauf ausüben, als nur in der aufrechten Stellung des Oberkörpers das ganze Gewicht der Blutsäule zur Erzeugung des Tones mithelfen kann. Es fand sich auch in der That bei den meisten untersuchten Fällen von Manie, so wie bei einem

*) Siehe dagegen die Arbeit von Wilkie Burmann in vorliegender Nummer.

Gesunden nach längerer geistiger Anstrengung dieselbe Verstärkung, und andererseits bei denselben Maniakalischen und Paralytikern eine Abschwächung dieser Verstärkung, wenn sie in horizontaler Lage untersucht wurden.

Dr. J. Krueg.

Ueber weniger bekannte syphilitische Neurosen (On the obscurer neuroses of syphilis).

Von Clifford Allbutt.

(The West Riding Lunatic Asylum Med. Reports vol. III. von 1873, pag. 273 — 284.)

Unter diesen „obscurer neuroses" versteht der Verf. jene Formen, bei denen eine sichtbare Veränderung in den afficirten Nerven oder deren Bindegewebe bisher nicht aufgefunden wurde.

Gemeinsam ist ihnen allen; dass die gebräuchlichen Nervina nichts nützten, während syphilitische Behandlung in wenigen Wochen zum Ziele führte. Die Diagnose wurde ermöglicht dadurch, dass der Verf. von den betreffenden Kranken wusste, dass sie an Syphilis gelitten hatten (öfters vor vielen Jahren) oder dadurch, dass sie noch einige unbedeutendere Zeichen einer syphilitischen Erkrankung an sich trugen, endlich auch aus der Analogie mit den ihm schon bekannten Fällen und hinterdrein ex juvantibus.

Der Verf. unterscheidet und führt Fälle an

1. Von Melancholie, Depression und Angstgefühle nicht immer in Bezug auf die Syphilis, sondern in einem Falle auch religiöse Scrupel bei einem früher freisinnigen Manne.
2. Schlaflosigkeit, von den epileptischen Kindern her schon bekannt; ohne irgend einen Schmerz zu haben, der sie daran hinderte, können die betroffenen nicht schlafen.
3. Motorische Defecte, z. B. Tremor oder Muskelschwäche; eine Epilepsie, die unter den oben angegebenen Umständen verlief, möchte der Verf. auch hier beizählen.
4. Neuralgien, sie unterscheiden sich von den Zuständen, mit denen sie verwechselt werden können, dadurch, dass sie einerseits auf Druck, in der Nacht und in der Wärme nicht schmerzhafter werden, andererseits nicht fix denselben Nerven einnehmen, sondern sehr häufig auf andere überspringen. Kopfschmerzen nicht von Periostitis herrührend, verschiedene Neuralgien, ein Fall von unregelmässiger Herzaction mit Präcordialangst, ein Fall von Magenschmerzen, die nur auf Antisyphilitica wichen, sind hier beizuzählen.

5. Anämie ist in weiteren Kreisen als ein öfter vorkommendes Symptom von Syphilis bekannt, das nur auf die entsprechende Behandlung dann aber rasch schwindet.

Dr. J. Krueg.

Bericht über die Irrenabtheilung des Julius-Spitals zu Würzburg für die Jahre 1870—73.

Von Dr. Fr. Jolly (Würzburg 1873).

Diese Schrift, welche schon ihrer streng wissenschaftlichen Haltung wegen beachtenswerth ist, ist es auch noch deshalb, weil darin auf Grundlage von Thatsachen und praktischer Erfahrung die Frage der von Griesinger vorgeschlagenen und von anderer Seite so heftig angegriffenen Stadtasyle ventilirt wird. Verfasser weist vor Allem nach, dass Stadtasyl und geschlossene Anstalt in nächster Nähe neben einander bestehen können, da jede von beiden ihrem besonderen Zwecke genügt, und dass sie statt zu rivalisiren, sich gegenseitig vielmehr zur Ergänzung dienen; dass durch das Stadtasyl der Irrenanstalt eine namhafte Entlastung und Verhütung einer Ueberfüllung zu Gute kommt; dass die Heil- oder Besserungserfolge hinter denen in geschlossenen Anstalten erzielten nicht zurückbleiben; dass für das Julius-Spital selbst das Vorhandensein einer Irrenabtheilung von entschiedenem Vortheile ist und dass der klinische Unterricht in solchen Stadtasylen, wie es die Irrenabtheilung im Julius-Spitale ist, in befriedigendster und reichhaltigster Weise ertheilt werden kann.

Verf. erhärtet diesen Ausspruch

1. durch Tabellen über Krankenbewegung, woraus ersichtlich wird, dass die Zahl der in den Jahren 1870—73 Verpflegten sich auf 475 Individuen belief;
2. durch Detail-Mittheilungen über folgende specielle klinische Kapitel:
   a) Einfluss des Typhus auf die Psychosen,
   b) Dementia paralytica,
   c) Delirium tremens,
   d) transitorisches Irrsein,
   e) Irrsein bei materiellen Hirnläsionen,
   f) Irrsein bei anderen somatischen Krankheiten.

Diese Kapitel sind durch eine werthvolle und interessante Casuistik erläutert, und liefern einen bereichernden Beitrag zur Lehre der Psychosen. Wir machen unsere Fachgenossen auf vorliegende Schrift, die sich zu einem Auszuge kaum eignen dürfte, besonders aufmerksam.

Leidesdorf.

---

† Professor H. H. Beer.

Regierungsrath Prof. Dr. Hermann Hieronymus Beer ist im Alter von 76 Jahren nach kurzer Krankheitsdauer am 14. d. M. verschieden.

Die forensische Medizin verliert durch sein Ableben einen ihrer wissenschaftlich gebildetsten Vertreter, unser Verein eines seiner thätigsten Mitglieder.

In den 30er Jahren, als die Cholera zum ersten Male in Oesterreich ausbrach, erwarb er sich als von der Regierung nach Galizien entsendeter Choleraarzt namhafte Verdienste, in Folge deren er später in gleicher Eigenschaft nach Mähren und Venedig geschickt wurde.

Von den 40er Jahren an fungirte er durch 12 Jahre als Polizeibezirksarzt in Wien und begann zu derselben Zeit gerichtliche Medizin und Psychologie an der Wiener juridischen Fakultät zu dociren. Im Jahre 1848 zum ausserordentlichen und 1866 zum ordentlichen Professor ernannt, wusste er durch seine grosse Literaturkenntniss, sowie durch die geistvolle Art, mit der er sein Specialfach tradirte, eine grosse Zahl von Zuhörern zu fesseln und zu belehren.

Mit besonderer Vorliebe beschäftigte er sich mit forensischer Psychopathologie, durchdrungen von der Nothwendigkeit dieser Lehre für Juristen war er unermüdlich bestrebt, sie so viel als möglich theoretisch und praktisch auszubilden und führte zu diesem Behufe seine Zuhörer auch in die verschiedenen Irrenanstalten Wiens, allwo er Kranke vorführte und demonstrirte. — Im Jahre 1870 trat er von seiner Professur zurück und wendete so weit es seine Kräfte noch zuliessen dieselben dem psychiatischen Vereine zu, welcher ihm manchen Vortrag, manche Anregung und manche interessante Discussion verdankt. — Sein Leben war ohne Unterlass seiner geistigen Ausbildung, der Bereicherung seiner Kenntnisse, dem Zustandekommen gemeinnütziger Zwecke gewidmet. — Ehre und Friede seinem Andenken.

Programm

der Versammlung des Psychiatrischen Vereines

Samstag den 29. November 1873 um 6 Uhr Abends.

1. Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe: Ueber den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchung an Geisteskranken *).

2. Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Ueber öffentliche Fürsorge gegen Alkoholismus.

3. Herr Docent Dr. Obersteiner: Ueber die Anwendung des Psychodometer bei Geisteskranken.

---

*) NB. 1. Entspricht der gegenwärtige Modus dieser Untersuchungen unter allen Verhältnissen seinem Zwecke, dem Geisteskranken zu einem Rechtsschutze zu verhelfen?
2. Welche sind die Mängel des gegenwärtigen Verfahrens?
3. Ueber die Entlohnung der Gerichtsärzte.

In Commission bei Wilhelm Braumüller in Wien.

Druck von C. Ueberreuter (M. Salzer) in Wien.

25. December 1873. Nr. 12.

Psychiatrisches Centralblatt

herausgegeben vom

Vereine für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien.

Redigirt von

M. Leidesdorf.

Preis des Jahrganges für Nichtmitglieder 2 fl. 50 kr., mit Postversendung 3 fl.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 29. November. — Huguénin. Allgemeine Pathologie der Nervensystems. I — Lubimoff. Ueber die Verschiedenheit in der embryonalen Entwicklung der Nervenzellen. — Golgi. Ueber die Structur der grauen Substanz des Gehirns. — Breuer. Ueber die Bogengänge des Labyrinthes. — Blain. Ein Tuberkel in der Brücke. — Flechsig. Ueber einige Beziehungen zwischen secundären Degenerationen und Entwicklungsvorgängen im Rückenmark. — Sandon vor dem Forum der pathologischen Anatomie. — Sucherland. Klimakterium und Geisteskrankheit. — Programm.

Sitzungsbericht.

Protokoll der Versammlung vom 29. November 1873.

Der Vorsitzende, Herr Prof. Meynert, eröffnet die Sitzung mit warmen, dem Andenken des verstorbenen Vereinsmitgliedes Herrn Regierungsrath Prof. Beer gewidmeten Worten.

Hierauf hält Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe seinen Vortrag über den gegenwärtigen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen an Geisteskranken.

Der Vortragende brachte zunächst die Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches für Oestereich über Vormundschaften und Curatelen in Erinnerung und schilderte, daran anknüpfend, die Art und Weise, in welcher denselben Rechnung getragen wird.

Es wurden die Verhältnisse dargethan, durch welche das schleunige Eintreten des Rechtsschutzes bei Geisteskranken behindert ist. Es ist dies zunächst der Umstand, dass die gerichtsärztlichen Untersuchungen behufs Curatel-Verhängung in der Regel nur an Kranken vorgenommen werden, die bereits in Irrenanstalten aufgenommen sind, und dass auch bei solchen die Untersuchung durch den langwierigen Geschäftsgang ungebührlich lange Zeit hinausgeschoben wird; ferner, dass sich das Gericht um den Zustand von Kranken,

die aus den Anstalten gegen Revers entlassen sind, mögen sie nun unter Curatel stehen oder nicht, nicht mehr bekümmert, so dass einerseits bei etwaiger Genesung die Aufhebung der Curatel, andererseits bei Fortdauer des Krankheitszustandes das Eintreten derselben nur dem Zufalle überlassen bleibt. Sodann wurden die Nachtheile hervorgehoben, die aus der Unzulänglichkeit der gesetzlichen Bestimmungen und aus der Lückenhaftigkeit in der Durchführung derselben für jene Geisteskranken entstehen, die mit dem Strafgesetze in Conflict gerathen, und auf die Nothwendigkeit einer permanenten Evidenzhaltung sämmtlicher, auch ausserhalb der Irrenanstalten befindlicher Geisteskranken hingewiesen.

Bezüglich des gegenwärtigen Untersuchungsverfahrens wurde betont, dass dem Sachverständigen die Information über den Zustand des Kranken durch die gleichzeitige Untersuchung und Fragestellung von 3 Seiten, ferner dadurch, dass er genöthigt ist, die vorkommenden Aeusserungen des Imploraten in der Schnelligkeit selbst niederzuschreiben, sehr erschwert ist und wurde die Nothwendigkeit der Anwesenheit eines Schriftführers bei den Untersuchungen hervorgehoben.

Es wurde hierauf das in Preussen übliche Explorations-Verfahren, nach welchem die Sachverständigen sich getrennt über den Zustand des Kranken informiren und die endgiltige gerichtliche Verhandlung über denselben in Gegenwart des Richters erst an einem dazu festgesetzten Termine stattfindet, in eingehender Weise besprochen und zur Annahme empfohlen.

Weiter besprach der Vortragende die gegenwärtig übliche Entlohnung der Gerichtsärzte und wies darauf hin, dass die Art und Weise derselben schon desshalb nicht geeignet ist, das Vertrauen, auf welches die Sachverständigen Anspruch zu machen haben, zu fördern, weil bei der Entlohnung von Fall zu Fall dieselben der Nachrede ausgesetzt sind, in ihrem pecuniären Interesse die Wiederholung der Untersuchung beantragt zu haben.

Zum Schlusse stellte der Redner den Antrag, der Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie möge beschliessen, dass sich eine Deputation aus der Mitte desselben zu Sr. Excell. dem Herrn Justizminister verfügen, demselben über die bei dem gegenwärtigen Curatelverfahren sowohl, als auch bei dem üblichen Modus der gerichtsärztlichen Untersuchungen platzgreifenden Uebelstände und Mängel genau Bericht erstatten und um baldige Abstellung derselben bitten möge.

Die sich hieran anschliessende Discussion leitet Herr Professor Leidesdorf ein: Die Resultate der Berathungen der psychiatrischen Section bei Gelegenheit des III. internat. Congresses und des Redners Anträge liegen dem Vereine im Centralblatt gedruckt vor; es scheine ihm nicht wahrscheinlich, dass man die Frage auf die drei von Herrn Dr. Zippe herausgehobenen Punkte reduciren könne; er müsse fest-

halten an der soliden Grundlage einer neuen Gesetzgebung. Es sei zu befürchten, dass was man an Schnelligkeit durch den Vorschlag des Herrn Dr. Zippe gewinne, an Gründlichkeit eingebüsst werde. Er müsse seinen Vorschlag, einer Irrencommission die oberste Leitung aller das Irrenwesen betreffenden Fragen als oberster Behörde zu übertragen, aufrecht erhalten; und glaube nicht, dass die Kosten so erhebliche seien. Er halte es nicht für möglich, ein Gesetz zu erlassen, nach welchem die Familien verpflichtet seien, jeden Fall von Geisteskrankheit sofort zur Anzeige bei der Behörde zu bringen; man stosse da auf die berechtigte Scheu des Publikums gegen die Veröffentlichung einer solchen Erkrankung, auch sei es schwierig den geeigneten Zeitpunkt der Anzeige zu fixiren. — Er erkenne den Mangel an, der in der jetzt eintretenden späten Untersuchung und der häufigen Verfristung liege; diese erscheine oft bei notorisch Kranken durch die äusseren Verhältnisse als wünschenswerth, man könne deshalb der Commission nicht Mangel an Gewissenhaftigkeit vorwerfen; es entstehen Conflicte, wo der Gerichtsarzt sich die Frage schwer beantworten könne: was ist Gewissenhaftigkeit? Nehme man wie in Preussen den Modus der interimistischen Curatel an, so sei es ermöglicht, dass bei dem Wegfalle der regelmässig wiederkehrenden Untersuchung das Gericht ganz nach Massgabe der Nothwendigkeit beliebig den Termin fixiren könne; — es werde dies auf keine Schwierigkeiten stossen, sobald man den unrichtigen Standpunkt verlasse, dass der Gerichtscommission eine Art Oberaufsicht über die Anstalten zukomme; es sei dies ganz allein Sache der politischen Behörde. Das jetzige Verfahren habe zu der gar nicht im Gesetze vorgesehenen Untersuchung Minderjähriger geführt. — Dass mit der Adoption des in Preussen üblichen Verfahrens zugleich stets ein höherer Gerichtsbeamter mit der Untersuchung betraut werde, z. B. ein Landesgerichtsrath erscheine ihm eine anerkennenswerthe, der Wichtigkeit der Sache entsprechende Verbesserung.

Ueber die unter Curatel stehenden Individuen solle der Curator in regelmässigen Zeiträumen die nöthigen Documente der Behörde vorlegen.

Der Gehalt der Gerichtsärzte müsse ein fixer und erhöhter sein, zugleich ein Pensionsfond geschaffen werden; das Gericht werde wenig mehr zahlen, da die Gebühren für die Untersuchungen ihm dann zufliessen.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner glaubt die Irrencommission würde nicht genügen; es scheine ihm, wenn das Gericht bis zur Abgabe des Gutachtens von Seiten des Anstaltsarztes zuwarte, viel versäumt werden zu können; die Ansicht der Anstaltsärzte würde ja immer gewürdigt; in betreffenden Fällen ja auch eine sofortige Curatel beantragt. Die provisorische Curatel, wie sie jetzt bestehe, sei nicht für alle Fälle ausreichend, die Vollmachten des

provisorischen Curators nicht genügend. Ein grosser Fehler sei es, dass noch nicht untersuchte Kranke gegen Revers entlassen würden und so für das Gericht verschwinden; zu bedauern sei es auch, dass die frühere Gepflogenheit gegen Revers entlassene, schon untersuchte Kranke draussen zeitweilig wieder zu untersuchen, ausser Gebrauch gekommen sei.

Herr Sanitätsrath Dr. Gauster: Aus seiner früheren Thätigkeit als Bezirksarzt wisse er, wie nothwendig es sei, dass der Grundsatz: dem Geisteskranken so früh wie möglich einen Rechtsschutz zu verschaffen, die möglichst weite Ausdehnung finde. Besonders auf dem Lande seien allgemein als Geisteskranke bekannte Individuen oft Jahre lang ohne jeden Rechtsschutz, jeder Beeinträchtigung ausgesetzt; das Gericht kümmere sich gewöhnlich erst, wenn der Geisteskranke zu kriminalistischem oder civilgerichtlichem Verfahren Anlass gebe. Aber auch die jetzige Art der commissionellen Untersuchungen lasse ihn, besonders wegen des Verfahrens, dass gewöhnlich bei noch möglicher Besserung Verfristung beantragt werde, zu lange ohne Schutz; gerade für den heilbaren Kranken sei die Wahrung seiner Interessen von der grössten Wichtigkeit. Die Einrichtung, welche jetzt, freilich auch erst für Wien allein, getroffen wurde, dass sofort ein provisorischer Curator aufgestellt werden könne, sei ein Schritt zum Bessern. Der Verein dürfe aber nicht Wien allein im Auge haben, er wolle die österreichische Psychiatrie vertreten, also müsse eine allgemein giltige derartige gesetzliche Bestimmung erstrebt werden.

Jedoch nicht wie bisher solle blos dem in eine Anstalt gebrachten Kranken der Rechtsschutz zu Theil werden; es müsse eine Evidenzhaltung der Geisteskranken bei Gericht eingeführt werden, weshalb die Gemeinden und Familienvorstände verhalten werden sollen, vorkommende Geisteserkrankungen sofort zur Anzeige zu bringen. Bei der commissionellen Untersuchung müsse die Diagnose des Anstaltsarztes und überhaupt sein Votum mit gelten; er habe den Kranken genau kennen zu lernen viel besser Gelegenheit; bisher sei er noch immer nicht berechtigt das Protokoll mit zu unterfertigen; dem Redner persönlich sei die Annahme der in der Anstalt gestellten Diagnose von der Commission verweigert worden.

Schliesslich stelle er, mit dem Antrage des Herrn Dr. Zippe ganz einverstanden, dazu noch das Amendement, am Schlusse des Antrages hinzuzufügen: „zu welchem Zwecke (Abstellung der gegenwärtigen Uebelstände) eine Enquête einberufen werden möge".

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Zippe widerspricht, dass es nöthig sei, dass der Anstaltsarzt die Diagnose zu Protokoll gebe; die Aussage des Anstaltsarztes und der Commission solle sich von diesem Termin frei halten, nur ein klares Bild des Zustandes entwerfen, so dass der Richter sich sein Urtheil daraus bilden könne.

Herr Landesgerichtsarzt Dr. Flechner bestätigt aus eigener Erfahrung das von Dr. Gauster hervorgehobene Hinausziehen des Rechtsschutzes auf dem Lande.

Der Vorsitzende verliest nochmals den Antrag des Herrn Dr. Zippe mit dem Amendement des Herrn Dr. Gauster. Er stellt darauf die in der Discussion zu Tage getretenen Ansichten zusammen. Zunächst sei heute die Frage einer Ueberwachungs-Commission ausser der Erörterung geblieben, indem ausdrücklich erwogen wurde, dass die Gerichts-Commission eine derartige Berechtigung nicht besitze.

Als die Ansicht des Vereines gehe hervor:

1. Dass der Rechtsschutz für Geisteskranke sich hinauserstrecken müsse über die Irrenanstalt: a) indem eine Irrenzählung auch nie in eine Anstalt Aufgenommene dieser Wohlthat zugängig macht; b) indem die gegen Revers Entlassenen von Zeit zu Zeit untersucht werden;
2. dass eine wesentliche Beschleunigung des Verfahrens zu erstreben sei durch die Einsetzung des interimistischen Curators, dessen Einsetzung nicht veröffentlicht wird;
3. dass dadurch der Termin, wann die Commisson in Thätigkeit trete, der jedesmaligen Bestimmung des Gerichtes anheimgegeben werde;
4. dass bei der commissionellen Untersuchung der Modus des Verfahrens ein anderer sein müsse a) indem nur Einer examinire, dem ein zuverlässiger Schriftführer die das Examen störende Mühe des Aufzeichnens der Aussagen des Kranken abnehme; b) indem ferner die Untersuchung eine ausgiebigere sein müsse durch vorherige von jedem der Gerichtsärzte allein zu machende Besuche bei dem Kranken; c) indem von Seiten des Gerichtes ein höherer Beamter, der Wichtigkeit solcher Untersuchungen entsprechend, mit dieser Aufgabe betraut werde;
5. dass die Entlohnung der Gerichtsärzte eine bessere sein müsse.

Die Punkte 1. 2. 4. 5. seien einstimmig als richtig erklärt; über Punkt 3. bleibe die Discussion einer späteren Sitzung vorbehalten.

Er bringt darauf den Antrag des Herrn Dr. Zippe mitsammt dem Amendement des Herrn Sanitätsrathes Dr. Gauster zur Abstimmung; beide werden von der beschlussfähigen Versammlung einstimmig angenommen, der Wichtigkeit der Sache entsprechend soll jedoch über allgemeinen Beschluss der Antrag und das Amendement in Circulation gesetzt werden, damit man auch der nicht anwesenden Mitglieder Zustimmung gewinne.

Excellenz Hye, welcher des juridischen Interesses der auf der Tagesordnung stehenden Frage wegen die Vereinssitzung als Gast beehrte, äusserte seine Ansicht dahin, dass vor Allem das unauf-

schiebbare Petitum um einen beschleunigten und verbreiteten Rechtsschutz der Irren vor den Justizminister und durch entsprechende Vermittler vor die beiden Häuser des Reichsrathes gebracht werde; nachdem weitere Berathung den Gegenstand noch ganz zur Reife gebracht habe. Hierbei könne dann auf die bereits früher gemachten Eingaben an das Justizministerium und den Reichsrath Bezug genommen werden.

Herr Dr. Eugen Schultes, Secundararzt an der Irrenanstalt in Prag, wurde zum ordentlichen Mitgliede des Vereines erwählt.

Allgemeine Pathologie der Krankheiten des Nervensystems.

Ein Lehrbuch. I. Thl. Anatomische Einleitung. Von G. Huguénin.

Wir begrüssen das vorliegende Werk als das erste seit Henle's Arbeit erschienene Schulbuch über Anatomie des Gehirns, welches in „ausgedehntem" Maasse die in jenem noch nicht berücksichtigten Arbeiten Meynert's acceptirt, und von diesem Gesichtspunkte aus können wir die bekannte Phrase von der in der Literatur auszufüllenden Lücke vollkommen gelten lassen. Bei dem weiten Umfange des Buches — es umfasst Entwicklungsgeschichte, makro- und mikroskopische Beschreibung des Gehirns und Rückenmarkes — müssen wir von vornherein auf ein breiteres Eingehen verzichten, wozu wir um so mehr berechtigt sind, als der Autor selbst durch seine Bemerkung, dass das Buch nicht für Anatomen von Fach sei, rundweg jede Erwartung auf etwas Neues abschneidet.

Bei der enormen Wichtigkeit, welche eine genaue Topographie der Gehirnrinde seit den Entdeckungen von Fritsch und Hitzig und in neuerer Zeit von Ferrier, welch' letzteren H. übrigens noch nicht berücksichtigt, bekommen, muss es befremden, dass derselbe bei der Besprechung des Occipitallappens eine Discussion über die Stellung desselben zu den unfruchtbarsten Dingen zählt; wir glauben vielmehr, dass eine genaue Bestimmung über die Zugehörigkeit dieses noch dunkeln Gebietes, welche übrigens in jüngster Zeit von Meynert angebahnt wurde, schon deshalb höchst nothwendig ist, um die von Ferrier in Aussicht gestellten, die ganze Gehirnoberfläche des Affen umfassenden Reizversuche auf die Oberfläche des menschlichen Gehirns übertragen zu können, was doch wohl nur an der Hand einer geläuterten vergleichend-anatomischen Topographie der betreffenden Rindenpartien möglich ist.

Was die Stellung des Lobus olfactorius betrifft, so hat sich H. ganz auf Gudden's Seite gestellt, ohne jedoch selbst etwas zur Klärung der Frage zu thun.

Um jedoch zu principiellen Fragen überzugehen, müssen wir uns entschieden gegen das zu weit gehende Schematisiren in den Zeichnungen aussprechen; in der äusserlichen Beschreibung des Gehirns, namentlich der Rinde desselben, täuscht es den Schüler über die Schwierigkeiten des Studiums des Objectes selbst, während naturgetreue Zeichnungen, wie sie Henle gibt, das Studium sehr erleichtern; bei der mikroskopischen Anatomie mag das schematische Darstellen an der Tafel beim Vortrage ganz angezeigt sein, für ein Buch jedoch, welches nicht blos Einzelheiten bieten soll, sind Zeichnungen, wie sie Meynert gibt, entschieden vorzuziehen; auffallen muss es jedoch, dass bei der reichlichen Ausstattung des Buches mit Abbildungen dieselben bei der Beschreibung des geweblichen Baues des Centralnervensystems, namentlich bei Beschreibung des geweblichen Baues der Rinde vollständig vermisst werden.

Haben wir nun diese bei einer neuen Auflage leicht zu beseitigenden Mängel aufgedeckt, so stehen wir anderseits nicht an auszusprechen, dass das Buch durch den schon Anfangs angeführten Umstand sowie durch die klare leicht verständliche Darstellung des so schwierigen Gebietes als verdienstliche Leistung anzusehen ist. Der zweite Theil, welcher die eigentliche Pathologie umfassen soll, wird nach vorgängigen Arbeiten des Autors auf diesem Gebiete zu schliessen, sicherlich auch weitgehende Erwartungen befriedigen.

A. Pick.

Ueber die Verschiedenheit in der embryonalen Entwicklung der Nervenzellen.

Von Dr. A. Lubimoff aus Moskau.

(Vorl. Mittheilung im Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1873, Nr. 41.)

Verf. suchte eine chronologisch angeordnete Reihe aufzufinden, in welcher die Ganglienzellen der verschiedenen Stellen des menschlichen Centralnervensystems mit Rücksicht auf die Zeit ihrer Entwicklung und Ausbildung eingetragen sind. Die Objecte seiner Studien waren hauptsächlich menschliche Embryonen von $2^1/_2$ Monaten aufwärts. Diese Reihe, in der die Ganglienzellen nach dem Grade ihrer Ausbildung geordnet erscheinen, ist folgende:

1. Die sympathischen Nervenzellen des Ganglion Gasseri, der Intervertebralganglien und des Ganglion trunci inf. N. vagi.
2. Die sympathischen Nervenzellen des Ganglion cervicale supr., der Brustknoten und des Ganglion coeliacum.
3. Die Nervenzellen des Rückenmarks, besonders der Vorderhörner.
4. Die Nervenzellen des Gross- und Kleinhirns.

Ref. muss wieder darauf aufmerksam machen, dass hinsichtlich Punkt 4. die Zellen des Kleinhirns wenigstens die grossen Purkinje-schen Zellen etwas früher als die Zellen der Grosshirnrinde sich auszubilden scheinen, während im Kleinhirn selbst wieder die Zellen des Nucleus dentatus schon in einer relativ frühen Periode, etwa im 6. Monate einen sehr hohen Entwicklungsgrad zeigen. (Beitr. z. Kenntniss v. fein. Bau der Kleinhirnrinde. Sitzungsber. d. k. Akad. der Wissensch. LX. Bd. 1869.)

H. B. Obersteiner.

Ueber die Structur der grauen Substanz des Gehirns.

Von C. Golgi.

(Gaz. med. et lomb. Ser. VI. tom. VI. und Centralbl. f. d. mediz. Wiss. 1873, Nr. 51.)

G. härtete die Präparate in doppelchromsaurem Kali und färbte dann mit einer $^1/_2$—1% Silberlösung, wobei die nervösen Elemente schwarz wurden. Der Basalfortsatz, der auch von Anderen bereits für den Axencylinderfortsatz gehalten wurde, lässt sich sehr weit verfolgen; er verläuft bis zu einer Entfernung von 20—30 Mm. als ungetheilter glatter Faden, meist geradlinig und verschmälert sich dabei allmälig; gewöhnlich gibt er dann nach einer leichten Schlängelung unter rechtem Winkel seine Seitenäste ab, welche eine Zeit lang horizontal verlaufend, sich dann gegen die Peripherie der Hirnrinde wenden, und dabei ähnliche sich wieder theilende Seitenäste abgeben. Der Axencylinderfortsatz selbst wird immer schmäler, bis er endlich gänzlich verschwindet.

G. behauptet eine Verbindung der letzten Seitenäste mit den Bindegewebszellen der Hirnrinde (Deiter'sche Zellen Boll's) nachweisen zu können; das Gleiche gilt für die Seitenäste der übrigen Fortsätze.

Aehnliche Verhältnisse sollen auch im Kleinhirn vorliegen.

H. B. Obersteiner.

Ueber die Bogengänge des Labyrinths.

Von Dr. J. Breuer.

Vortrag gehalten in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte zu Wien am 21. und 28. November 1873.

Angeregt durch die Abhandlung von Goltz über die Bogengänge (Arch. f. Physiol. 1870) beschäftigte B. sich ebenfalls mit diesem Gegenstande. Er hält sich überzeugt, dass Goltz einen wich-

blos neuen, sondern auch durchaus richtigen Satz aufgestellt hat mit der Annahme, die Bogengänge seien „Sinnesorgane für das Gleichgewicht des Kopfes und mittelbar des ganzen Körpers," dass aber die Vorstellung von dem Functioniren des Apparates, wie sie Goltz gibt, kaum haltbar sei.

Breuer's Erklärungsweise ist folgende:

In einem Systeme von drei annähernd aufeinander senkrecht stehenden, mit Flüssigkeit erfüllten Röhrenringen, wie es die Bogengänge darstellen, entstehen bei jeder drehenden Bewegung des ganzen Systems (des Kopfes) Strömungen der Flüssigkeit, in einer der Kopfdrehung entgegengesetzten Richtung; das Ausmass der Strömung in jedem einzelnen Gang hängt von der Ebene ab, in welcher der Kopf gedreht wird und von dem Ausmass der Drehung. Zwischen der Kopfdrehung und den Strömungen der eingeschlossenen Flüssigkeit bestehen ganz feste Beziehungen; würden die Strömungen percipirt, so könnten sie also über jede Drehung des Kopfes genaue Auskunft geben. Als mögliche Perceptionsapparate stellen sich die „Hörhaare" dar, welche an einer verbreiteten und abgeplatteten Stelle des Canales senkrecht in das Lumen hineinragen, also möglichst empfindlich gegen Flüssigkeitsströmungen placirt sind und andererseits mit Nerven zusammenhängen, deren Endorgan sie bilden. In ganz analoger Weise scheinen die ganz analogen Nervenendapparate in den „Seitenorganen" der Fische zur Perception der Strömungen, Widerstände u. s. w. des umgebenden Wassers zu dienen. F. E. Schulze.

Man kann nun annehmen, dass jede Strömung der Endolymphe durch die Ampullarnerven percipirt. die Vorstellung einer Drehung des Kopfes in der Ebene des betreffenden Bogenganges und in der jener Strömung entgegengesetzten Richtung hervorrufe, dass aber die Perceptionen der 6 Ampullen beider Labyrinthe sich zu einer Gesammtvorstellung combiniren.

Für diese Annahme sprechen:

1. Die Erwägungen, welche nach Goltz überhaupt dafür sprechen, dass die Bogengänge Organe des Gleichgewichtssinnes sind.
2. Erklärt diese Annahme die Erscheinungen bei Verletzung der häutigen Canäle. Dabei tritt immer Endolymphe aus oder Blut ein, oder es geschieht beides, und es müssen dadurch relativ gewaltige Strömungen der Endolymphe entstehen. Diese Strömungen erzeugen Breuer's Annahme nach die Vorstellung von Drehung des Kopfes in der Ebene des verletzten Canales (wenn auch solches intensive Strömen secundär in andere Bogengänge übergreifen und dadurch die Erscheinungen compliciren wird). Aus Erfahrung am Menschen wissen wir, dass stärkere Drehungen des Körpers (Umstürzen) durch energische compensirende Bewegungen reflectorisch beantwortet werden. Die Thiere werden also Kopf und Körper in der Ebene des verletzten Bo-

genganges bewegen, bis zum Ueberkugeln. Sind die Bewegungsantriebe mässiger, so werden sie immer wieder durch corrigirende Einflüsse aufgehoben, um sogleich wieder zu beginnen und jenes Pendeln des Kopfes, und den Nystagmus der Augen herzustellen, welche die Flourens'schen Versuche zeigen. Für jene Erscheinungen, die nach Verheilung der Wunden fortbestehen, müssen wir uns, da die Betrachtung des Apparates in diesem Sinne ja eben erst begonnen wird, und bei dem Mangel an genauen Sectionsbefunden, mit der Goltz'schen Erklärung begnügen, ohne ins Detail gehen zu können.

Den bekannten Versuchen ist hinzuzufügen, dass Strömungen der Endolymphe erzeugt durch Einstechen und Ausziehen einer Nadelspitze in einen Canal mit entgegengesetzten Bewegungen beantwortet werden (Hühner, Tauben). Ebenso wenn es, allerdings nur für kurze Zeit, gelang, eine Canüle in einem Gang zu fixiren, das Ansaugen und Wiedereintreiben der Endolymphe durch diese.

3. Erklären sich die in letzter Zeit von Hitzig wieder genau beobachteten Phänomene des elektrischen Schwindels. Es werden eben die Endapparate des Gleichgewichtssinnes durch den Strom afficirt. Schon dass diese desto intensiver werden, je näher die Elektrode dem Proc. mastoid steht, macht es wahrscheinlich, dass es sich dabei um die Reizung eines im Felsenbein befindlichen Organs handelt. B. hat feinen Draht als Elektrode in die Bogengänge eingeführt, und bei Durchleitung galvanischer Ströme intensive Bewegungen des Kopfes gesehen.
4. Breuer's Annahme hat eine nothwendige Consequenz. Bei fortgesetzter Drehung des Kopfes (natürlich mit dem Körper) muss die anfängliche rückläufige Bewegung der Endolymphe durch die Reibung an den Wänden aufgezehrt werden. Steht dann plötzlich der Kopf still, so muss die Endolymphe ihrem Beharrungsvermögen zufolge in dem Sinne der Kopfdrehung weiter strömen; es muss also die Vorstellung entstehen, Kopf und Körper werden in einer der früheren Drehung entgegengesetzten Richtung zurückgedreht; und zwar in der Ebene jener Bogengänge, welche am meisten in der Drehungsebene lagen. Rotirt man auf den Füssen stehend um sich selbst, so liegen bei gewöhnlicher Kopfhaltung die horizontalen, bei Neigung des Kopfes auf die eine oder andere Schulter die sagittalen, war das Gesicht nach oben oder abwärts gerichtet, die frontalen Bogengänge vorwiegend in der Drehebene. Es wird also die scheinbare Nachbewegung des Körpers das eine Mal in horizontaler, das andere Mal in sagittaler oder frontaler Richtung geschehen. Das ist nun das von Purkinye aus seinen und des älteren Darwin Versuchen abstrahirte Gesetz: „Dass der Durchschnitt des Kopfes (als einer Kugel), um dessen Achse

die erste Bewegung geschah, die Schwindelbewegung bei jeder nachmaligen Lage des Kopfes unveränderlich bestimmt.“ Diese bisher so gut wie ganz unerklärten Phänomene des Drehschwindels ergeben sich so als die nothwendigen Consequenzen von B.'s Annahme und bilden die Probe auf die Rechnung. — Die Complication der einfachen Empfindung von Drehung des Körpers durch die eintretenden Reflexbewegungen zur Erhaltung des Gleichgewichtes und die Phänomene des Augenschwindels erfordern eine ausführlichere Betrachtung.

5. Die teleologische Bedeutung des Apparates erklärt sich zur Genüge daraus, dass er so präcise und energische Reflexactionen möglich macht, wie die sind, die beim Ausgleiten z. B. die Balance erhalten. Andere Betrachtungen weisen aber noch auf eine hievon verschiedene Beziehung hin.

   Kopfdrehungen werden durch compensirende Bulbusdrehungen beantwortet. Gräfe (Archiv f. Ophthalm. I.) hat gezeigt, dass bei Kaninchen, wenn sie in sagittaler Richtung (um ihre Querachse) gedreht werden, compensirende Raddrehungen der Bulbi auftreten. Dasselbe hat für frontale Verschiebungen des Kopfes allerdings in geringerem Ausmaasse Nagel beim Menschen nachgewiesen, nachdem es lange in Abrede gestellt war. Nagel macht aufmerksam, dass es dabei nur auf die Stellung des Kopfes ankomme, gleichgiltig, durch welche Muskelwirkung, in welchen Gelenken sie erzeugt werde, oder ob sie passiv hergestellt sei.

   Man hat also Correctionen der Verschiebung des Gesichtsfeldes bei Drehung des Kopfes durch compensirende Bewegungen der Bulbi. Bedenkt man, dass bei den Flourens'schen Versuchen, beim elektrischen und Drehschwindel immer mit dem Schwindel (also mit der Affection der Bogengänge) intensiver Nystagmus in den entsprechenden Ebenen vorhanden ist, so liegt es nahe zu glauben, dass in diesen Correctionen der Stellung des Gesichtsfeldes ein Theil der teleologischen Bedeutung dieses Apparates liege.

Ein Tuberkel in der Brücke.

Von Dr. Blain.

(Mouvement medical 1873, Nr. 48.)

Dieser Fall reiht sich jenen bekannten Fällen von Brückenerkrankung an, in welchen am Lebenden die Symptome zu einer richtigen Diagnose nicht hinreichten.

Ein Mädchen von $3^1/_2$ Jahren wurde mit den Symptomen von Scrofulose und Impetigo aufgenommen; eines Tages stellte sich Er-

brechen ein, hierauf wurde sie somnolent, dyspnoïsch und starb ohne Paralyse, Convulsionen oder Strabismus.

Die Section zeigte Tuberkeln in der Lunge, käsige Entartung der Bronchialdrüsen, einen trüben Erguss in den Subarachnoidalräumen, aber keine tuberkulösen Granulationen an den Meningen. Beim Einschneiden in die Brücke fand sich unerwarteter Weise ein haselnussgrosser Tumor gerade im Centrum dieser Organe, die Mittellinie einhaltend, welcher die Fasern mehr bei Seite und auseinandergedrängt als zerstört zu haben schien.

(Drei Umstände sind es wohl, welche in diesem Falle das Auftreten von Symptomen oder deren Erkenntniss erschwerten.

1. Die Lage des Tumors gerade an der Mittellinie; bekanntlich sind die Erscheinungen nach Verletzung der Brücke desto intensiver, je seitlicher diese gelegen ist.
2. Die Schonung der Fasern, die nur verdrängt schienen.
3. Das jugendliche Alter der Patientin, das wahrscheinlich manche Erscheinungen übersehen oder falsch auffassen liess. Ref.)

H. B. Obersteiner.

Ueber einige Beziehungen zwischen secundären Degenerationen und Entwicklungsvorgängen im menschlichen Rückenmarke.

Vorl. Mittheilung von Dr. P. Flechsig in Leipzig.

(Archiv d. Heilkunde 1873, 5. H.)

Die Seitenstränge entwickeln sich im Ganzen später als Vorder- und Hinterstränge; während letztere beim Neugebornen völlig markweiss sind, erscheinen jene mit Ausnahme des vorderen Abschnittes und einer schmalen peripheren Zone noch grau, hyalin und relativ kleiner als beim Erwachsenen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt auch, dass in den grau erscheinenden Partien markhaltige Fasern nur ganz vereinzelt vorkommen, hingegen zahlreiche nackte Axencylinder. Die Form und Lage dieser grauen Stelle im Seitenstrange wechselt mit der Höhe, aus welcher der untersuchte Querschnitt entnommen wurde.

Dieses Verhältniss gewinnt nun dadurch an Interesse, dass diese nachschleppende Entwicklung sich constant auf Theile des Rückenmarkes erstreckt, in denen die Pyramiden-Seitenstrangbahn Türk's für die absteigenden Degenerationen enthalten ist. Allen andern Strängen des Rückenmarkes eilen in der Entwicklung die Hinterstränge, besonders aber die Keilstränge voraus; dort konnte Verf. bereits im 5. Monate markhaltige Fasern finden. Die Entwicklung der Oliven scheint der dieser Stränge parallel zu gehen.

Derjenige Theil der Seitenstränge, der nach Köllik er ins Kleinhirn übergeht, und sich durch besonders starke Fasern auszeichnet, ist schon im 7. Monate vollkommen markhaltig — er kann sich naturgemäss nicht an der secundären Degeneration, wie sie Türk beschrieb, betheiligen.

Im Kleinhirne selbst geht nach der Geburt die Markscheidenbildung äusserst rapid vor sich.

Die Folgerungen, die Verf. vorläufig zieht, sind:

1. Dass die Bildung und Integrität der Markscheide mit dem Ablaufe von Erregungszuständen im Axencylinder innig zusammenhängen dürfte;
2. dass es möglich erscheint, mit Hilfe genauer Untersuchungen der successiven Entwicklung der Markscheiden, aus dem Fasergewirr des Centralnervensystems Theilsysteme herauszuheben;
3. dass, insoferne als das Auftreten von Fettkörnchenzellen mit der Markscheidenbildung in physiologischem Connex steht, ein genaueres Studium der Topographie der Markscheidenbildung nothwendig ist, um zu beurtheilen, ob das Vorkommen dieser Gebilde zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Orte als normal oder pathologisch aufzufassen ist.

H. B. Obersteiner.

Sandon vor dem Forum der pathologischen Anatomie *).

Von allen sogenannten Quärulanten, welche in der letzten Zeit des Kaiserreiches ihre Stimme erhoben haben, um die Aerzte einer pflichtvergessenen Willfährigkeit gegen die Regierung, eines Verrathes an ihrer humanen Mission zu beschuldigen, hat keiner die öffentliche Meinung in so hohem Grade zu allarmiren gewusst als Sandon.

Trotz der ärztlichen Gutachten eines Lassègue, Baillarger, Blanche, Foville und Tardieu, wurde Sandon in den Tagesblättern unter den heftigsten Invektiven gegen diese Aerzte und gegen die Willkür der Regierung als ein Opfer derselben hingestellt. Unter dem Drucke, den die mehr und mehr sich erhitzende öffentliche Meinung ausübte, wurde Sandon aus der Irrenanstalt von Charenton entlassen; er ging hierauf nach Bruxelles, wo er eine Brochüre herausgab, in welcher er gegen die oben genannten Pariser Aerzte die schmählichsten Beschuldigungen erhob.

Nach Paris zurückgekehrt trat er sehr heftig gegen den damaligen Minister Billaud und nach dessen Tode gegen einen anderen Minister auf, dem er drohte dass er ihn tödten werde, worauf Sandon abermals verhaftet wurde.

---

*) Medizin. Wochenschr. Nr. 50, 1873.

Vor dem Senat behauptet er, ein bekannter und berühmter Mann habe ihm grossen Summen zugesichert um ihn zu bestimmen Kaiser Napoleon zu ermorden.

Trotz diesen und anderen Thatsachen gelang es den Pariser Irren- und Gerichtsärzten nicht, die öffentliche Meinung zu beruhigen oder die Beschuldigungen und Verdächtigungen, denen diese Aerzte ausgesetzt waren, zu entkräften.

Endlich hat der Tod Sandon's sein mächtiges, unparteiisches Verdict gesprochen und Klarheit in die Streitfrage gebracht.

Am 11. Nov. 1872 stattete der Professor der Klinik Dr. Liouville *) in einer Sitzung der Gesellschaft für gerichtliche Medizin einen Bericht ab, den er mit folgenden Worten einleitete: „Ein unglücklicher Irrsinniger, Herr Sandon, dessen Krankheit durch viele Jahre von der politischen Leidenschaft, der Unwissenheit und Unredlichkeit ausgebeutet wurde, ist am 26. Oktober gegenüber dem Palais de Justice in bewusstlosem Zustande von der Strasse aufgehoben und sofort nach dem Hôtel Dieu auf die Abtheilung des Dr. Guérard gebracht worden, allwo er noch am selben Tage im Alter von 40 Jahren verschied.

Die Leichenöffnung wurde 36 Stunden nach erfolgtem Tode von Liouville und Emile Porcheron in Gegenwart des Abtheilungsvorstandes und der anwesenden Studirenden gemacht und folgender Befund aufgenommen.

I. Brusthöhle. Das Herz ist hypertrophisch, zeigt die Erscheinungen früher überstandener Endocarditis, Rigidität und Schrumpfung der Mitral- und Aortenklappen. Lunge hyperämisch. An der Aorta sclero-atheromatöse Auflagerungen.

II. Bauchhöhle. Leber vergrössert, durch bindegewebige Verdickung ausgezeichnet. Nieren an der Peripherie beginnende Sclerose, hie und da kleine Blutextravasate.

III. Schädelhöhle. Hier boten sich zwei Reihen von Erscheinungen, abgelaufene und recente pathologische Processe dar.

a) Die abgelaufenen pathologischen Veränderungen des Gehirns betreffen die Arterien, die Hirnhäute, endlich die graue und weisse Hirnsubstanz.

Die Arterien sind in ihren Wandungen verdickt, namentlich die Basilaris am Durchschnitte klaffend.

Die Hirnhäute durchgehends verdichtet, stellenweise getrübt, namentlich längs dem Verlauf der Gefässe.

Die Pia sehr adhärent, kann linkerseits, besonders in der Gegend der Sylvischen Spalte nicht abgezogen werden ohne oberflächliche Schichten der Rindensubstanz mitzureissen.

Die Hirnhäute zeigen auch an der Hirnbasis dieselben auf chronische Meningitis hindeutenden Veränderungen.

*) Mouvement medical Nr. 46.

Hirnsubstanz. Hier zeigen sich an Durchschnitten alte hämorrhagische Herde in der Hirnrinde, apoplektische Cysten und Narben. — Die Grösse dieser, verschiedenen Epochen angehörenden Herde variirt von 3 Millim. bis zu 3 Centim. Sie betreffen auch die weisse, doch vorzugsweise die graue Substanz.

Ein ziemlich grosser älterer Herd befindet sich im vorderen Theil des linken Streifenhügels.

Die verschiedenen Durchschnitte förderten sieben solche hämorrhagische Herde, 3 rechtseitige 2 linkseitige zu Tage. Die Umgebung derselben ist sclerosirt.

Die bisher beschriebenen pathologischen Veränderungen des Gehirnes und seiner Häute sind das unzweifelhafte Product chronischer, beide Hirnhälften betreffender, Krankheitsprocesse.

b) Frische pathologisch anatomische Processe. Diese bestehen in einem massenhaften Blutaustritte innerhalb der Brücke, welche dadurch grösstentheils zertrümmert ist. Dieser frische hämorrhagische Herd erstreckt sich auch auf die beiden Brückenarme und hat innerhalb der Brücke allein einen Durchmesser von 3 Centim.

Die Ventrikel sind mit blutiggefärbtem Serum erfüllt; die Hirngefässe von schwarzem, theilweise coagulirtem Blute strotzend.

Nach Anhörung dieses Berichtes beschloss die Gesellschaft der gerichtlichen Medizin alle auf Sandon bezüglichen Documente zu sammeln, sie einer Commission, bestehend aus den Herren Dr. Guérard, Hémar und Jules Falret zu übergeben, damit dieselbe einen Bericht über den Zusammenhang der bei Lebzeiten beobachteten psychischen Störungen Sandon's und den Hirnbefund erstatte. Dieser Bericht ist der Gesellschaft im November dieses Jahres vorzulegen. Bei dem hohen Interesse des Gegenstandes werden wir die Ergebnisse dieser commissionellen Studie gelegentlich noch mittheilen.

Leidesdorf.

Klimakterium und Geisteskrankheit (The change of life and insanity).

Von Henry Sucherland, Doc. d. Psychiatr. im Westminster Hospitale.

(W. R. L. A. M. R. vol. III. 1873, pag. 299—314.)

So häufig nervöse Störungen verschiedener Art zur Zeit des Klimakteriums auch sind, eigentliche Geistesstörung resultirt doch ziemlich selten daraus, nach Dr. Tilt's Statistik nur in 6 von 500 Fällen. Nichtsdestoweniger unterzog sich der Verf. doch der Mühe, jene Krankengeschichten im W. Rid. As. der letzten 13 Jahre nachzusehen, die Weiber betrafen, welche nach dem Aufhören der Menstruation erkrankten, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Krankheit auch dadurch bedingt war. Es schienen auch andere psychische und moralische Elemente,